

FACULTE DE MEDECINE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

Thèse pour le diplôme de DOCTEUR en MEDECINE GENERALE

Par Astrid FARINE

Née le 03/12/1985 à Orléans

**Comment les médecins traitants réagissent-ils face à
une plainte sexuelle d'un homme de plus de 50 ans ?**

Enquête qualitative auprès de 12 médecins généralistes

Présentée et soutenue publiquement le 8 octobre 2014

Directeur de thèse : Dr COSSERAT Didier

Président du jury : Pr SAUTRON Jean-Baptiste

Assesseurs :
Pr LEVRAUT Jacques
Pr PRINGUEY Dominique
Dr DELAUNAY-KAIDOMAR Françoise

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er novembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

M. BAQUÉ Patrick

Assesseurs

M. BOILEAU Pascal
M. HÉBUTERNE Xavier
M. LEVRAUT Jacques

Conservateur de la bibliothèque

M. SCALABRE Grégory

Chef des services administratifs

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DAR COURT Guy
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HAR TER Michel
M. INGLES AKIS Jean-André

M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAPALUS Philippe
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction
(54.05)		
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique
(50.04)		
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)

M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques
	(54.04)	
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention
(46.01)		
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
(54.04)		
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

MI. PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction
(54.05)		
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention
(46.01)		
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

MII. PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.		
MI.	M.	DIOMANDE Mohenou Isidore Anatomie et
		Cytologie Pathologiques
MII.	M.	HOFLIGER Philippe Médecine Générale
M.	MAKRIS Démosthènes	Pneumologie
M.	PITTET Jean-François	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale
MIII.		

MIII. MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
MIV.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

MV.	M.	BERTRAND François Médecine Interne
MVI.	M.	BROCKER Patrice Médecine Interne Option Gériatrie
MVII.	M.	CHEVALLIER Daniel Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

A mon jury :

Au Professeur SAUTRON, vous me faites l'honneur de présider ce jury et d'évaluer ce travail. Soyez assuré de ma plus grande gratitude.

Au Professeur LEVRAUT, d'avoir accepté de participer à cette soutenance. Merci de m'avoir permis d'accéder au DESC d'urgence et pour votre disponibilité dans ma formation d'urgentiste.

Au Professeur PRINGUEY, merci pour l'intérêt que vous avez bien voulu manifester à ce travail.

Au Docteur KAIDOMAR, d'avoir pris le temps de juger mon travail. Merci pour la rigueur que tu as su m'enseigner lors du stage dans ton service. Merci de tes conseils.

Merci Didier, mon directeur de thèse, d'avoir accepté de m'accompagner dans cette étape. Vous avez su m'aider tout au long de ma thèse. Merci pour le temps que vous m'avez consacré.

A ma famille :

Merci Pap's de m'avoir donné ta « gnaque » et de toujours me soutenir pour aller au bout de ce que j'entreprends. Tu m'as donné le courage de réussir. Merci de n'avoir jamais douté de moi.

Merci Mam's d'avoir tout fait pour que mon seul souci soit de me consacrer à mes études. Tu sais toujours me rassurer quand j'en ai besoin. Tu m'as donné toute ta personne. Merci de ta confiance.

Un grand merci à toi ma sœur, pour notre complicité dans la vie. Tu as participé à ma réussite en étant présente à chaque instant. Tu es ma confidente, mon soutien, ma conseillère, tu es ma sœur.

Un grand merci à toi mon frère, pour nos aventures. Tu m'as permis de m'évader quand il le fallait. Tu me transmets ton calme et m'aide à savoir prendre du recul. Tu es mon « petit » frère.

Un grand merci à toi Jérem, d'avoir intégré la famille. Plus on est de fou, plus on rit. Tu as su me faire relativiser et me rassurer tout au long de mes études. Tu es le beau-frère idéal.

Un grand merci à toi Doudou qui a su m'apaiser par ton innocence.

Merci Papi de t'être toujours intéressé à mon parcours. Tu veilles sur moi, encore.

Merci Mamie pour ta douceur et ta présence d'esprit.

Merci ma Tante de m'avoir accueillie chez toi et de m'avoir écoutée quand j'en avais besoin.

Merci les cousins chez qui j'allais décompresser pendant mes vacances.

A mes amis :

A toi Julie, mon amie d'enfance qui a toujours été là pendant ces longues études. Tu me connais par cœur. Et 18 ans pas de permis, 28 ans la thèse.

A toi Marie, qui depuis la P1 partage mes émotions, mes galères mais aussi ma vie.

A vous les copines, Laurie, Eva, Céline, avec qui je partage bien plus qu'une vie professionnelle. Sans nos fous rires, l'internat n'aurait pas été pareil.

A vous Bultac, Antho, Réda et David mes amis de longue date, toujours présents aujourd'hui.

A Yoyo, qui me manque tellement.

A mes petites de Gymnastique Rythmique, Victoria, Amandine, Christelle, Coraline et à leurs parents. Vous avez su faire de moi la coach la plus chanceuse.

A José et Asterio, qui font de moi une française espagnole.

A mes collègues :

Merci à vous les urgentistes de Fréjus, qui avez su susciter en moi une vocation.

Merci à tous les directeurs de stages qui m'ont reçue dans leur service, m'ont fait confiance et m'ont transmis leur savoir.

Merci aux secrétaires et infirmiers infirmières des services où je suis passée. Merci de m'avoir intégrée et aidée chaque jour.

Mes co-internes de Fréjus, parce que ces semestres de folie avec vous je ne les oublierai pas.

Mes co internes de Nice, d'avoir partagé ce fameux stage qui est le stage des urgences de Saint Roch.

Mes co-internes de Draguignan, pour ce dernier semestre d'internat.

A mon groupe de GEASP et à nos rencontres mensuelles pendant trois ans.

Aux médecins qui ont accepté de participer aux entretiens et sans qui ce projet n'aurait jamais abouti.

A la faculté de Lyon, qui m'a donné les bases de la médecine tout au long de mon externat et qui m'a permis de partir un an en Erasmus à Cadix en Espagne.

Et à tous les gens que je n'ai pas cité et que j'ai croisé au cours de mes études mais aussi dans ma vie.

Merci à Kinder et aux pizzas de m'avoir soutenue en période de révision ou d'écrit.

SOMMAIRE

I.	Introduction et motivation.....	16
II.	Généralités et rappels	17
1.	Les différentes plaintes sexuelles chez les hommes de plus de cinquante ans	17
a)	Les troubles du désir	17
b)	Les troubles de l'excitation.....	17
c)	Les troubles de l'orgasme : Inhibition et éjaculation précoce	17
2.	Prise en charge des plaintes sexuelles et recommandations.....	18
a)	Trouble de l'érection	18
b)	Trouble de l'éjaculation: éjaculation précoce	23
I.	Type d'étude.....	25
II.	L'échantillonnage de la population	25
1.	La population.....	25
2.	Le recrutement.....	26
3.	Le déroulement des entretiens	26
III.	Le guide d'entretien	26
IV.	Méthodologie d'analyse.....	27
1.	La retranscription	27
2.	L'analyse des entretiens	27
I.	Données quantitatives	28
1.	Sélection et caractéristiques des médecins traitants.....	28
a)	Les tranches d'âge	28
b)	Le sexe des médecins	28
c)	Le lieu d'exercice	29
d)	L'ancienneté d'installation	29
2.	Les refus.....	29

II.	Le patient, ses plaintes et ses attentes	30
1.	Les types de plainte	30
a)	Les troubles de l'érection	30
b)	L'éjaculation précoce.....	30
c)	L'hypersexualité	30
2.	Qualité de vie et plaintes sexuelles	30
a)	L'influence des facteurs externes sur les plaintes sexuelles	31
b)	L'influence des plaintes sexuelles dans le quotidien.....	31
c)	Faible influence des plaintes sur la qualité de vie.....	31
3.	Les attentes du patient.....	31
a)	L'écoute, la réassurance	31
b)	La connaissance technique du médecin.....	32
c)	La solution	32
III.	La prise en charge clinique et paraclinique	32
1.	L'interrogatoire.....	32
a)	L'ancienneté des troubles	32
b)	Le problème psychologique	32
c)	Le problème organique	33
d)	La iatrogénie	33
e)	L'érection matinale.....	34
f)	La place du couple dans ces plaintes.....	34
g)	La normalité aux yeux du patient.....	35
2.	Examen clinique et examens complémentaires.....	35
a)	L'examen des organes génitaux et le toucher rectal	35
b)	Le patient sans pathologie chronique	36
c)	Le diabétique et l'artéritique.....	36
d)	Le type de bilan	37

3.	Les traitements médicamenteux.....	38
a)	Les quatres traitements les plus connus	38
b)	La maitrise des traitements.....	38
c)	Le traitement sécuritaire.....	38
d)	Le test thérapeutique et l'efficacité du traitement.....	38
e)	Le tadalafil (Cialis®).....	38
f)	Les injections intra urétrales	39
g)	Le vacuum.....	39
4.	Le suivi	39
5.	Les rôles du médecin généraliste	40
a)	Le rôle de soutien	40
b)	Le rôle de confident.....	40
c)	Le rôle de technicien	40
d)	Le rôle forcé.....	40
e)	Le rôle de prescripteur	40
f)	Le doute sur leur rôle	40
g)	Le rôle du médecin de famille	41
6.	Les spécialistes	41
a)	Les urologues.....	41
b)	Les sexologues et psychologues	41
c)	Les cardiologues	42
IV.	Les freins à la prise en charge des plaintes sexuelles.....	42
1.	Freins liés au patient	42
a)	Les émotions.....	42
b)	Les attentes du patient :.....	43
c)	Le manque de suivi.....	44
d)	La proximité du médecin de famille	45

e) Le secret médical.....	45
2. Freins liés aux médecins.....	45
a) Son sexe.....	45
b) Sa personnalité.....	46
c) La gêne, le sentiment d'intrusion.....	46
d) L'abord de la sexualité.....	47
e) Le manque d'expérience.....	48
f) Le manque de compétence.....	48
g) Le côté humain.....	48
h) Les jeunes médecins.....	48
3. Les freins techniques.....	48
a) Le prix du traitement.....	48
b) Les contraintes de temps.....	48
c) Les problèmes pour orienter vers un sexologue.....	49
d) Internet.....	49
e) La formation des médecins.....	49
I. Méthode utilisée.....	52
1. Le recrutement de la population.....	52
2. La population étudiée.....	52
3. L'entretien.....	53
4. La retranscription.....	53
II. Les résultats obtenus.....	53
1. La problématique des plaintes sexuelles.....	53
a) Prévalence et types de plaintes.....	53
b) La médicalisation des troubles sexuels.....	54
c) L'abord de la sexualité.....	55
d) Qualité de vie des patients et place de la partenaire.....	55

2.	La prise en charge de ces plaintes.....	56
a)	L'interrogatoire.....	56
b)	L'examen clinique.....	58
c)	Les examens complémentaires	59
d)	Le cas particulier des patients diabétiques, artéritiques et dépressifs.....	61
e)	Les inhibiteurs sélectifs de la phosphodiesterase de type 5, contre-indication chez les patients cardiaques?	62
f)	La iatrogénie	63
g)	La place du médecin traitant et des spécialistes.....	64
h)	La multidisciplinarité	65
3.	Les différents freins à la prise en charge des plaintes sexuelles.....	67
a)	Freins liés aux médecins.....	67
b)	Le sexe du médecin généraliste frein ou moteur à la prise en charge des troubles sexuels masculins ?	68
c)	La formation des médecins	69
d)	La communication	70
e)	Les freins liés aux patients.....	71
f)	Le prix du traitement.....	72
g)	Internet.....	73
1.	Annexe 1 : Guide d'entretien.....	84
2.	Annexe 2 : Introduction orale auprès des médecins traitants lors des entretiens	86

ABREVIATIONS

Enquête CSF : enquête sur le Contexte de la Sexualité en France

DALA : Déficit Androgénique Lié à l'Age

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1c : Hémoglobine glyquée

HDL : High Density Lipoproteins

IPDE5 : Inhibiteur de la PhosphodiEstérase de type 5

MALE : Men's Attitudes to Life Events of Sexual medicine

NFS : Numération Formule Sanguine

NYHA : New York Heart Association

PGE1 : Prostaglandine E1

PSA : Prostatic Specific Antigen

TSH : Thyroid Stimulating Hormone

(#) : Référence bibliographique

INTRODUCTION

I. Introduction et motivation

Le vieillissement de la population conduit indéniablement à une évolution de la pratique médicale. Les hommes de plus de 50 ans ont encore plus d'un tiers de leur vie à vivre. Aujourd'hui, la sexualité de ces hommes est bien une réalité, celle-ci contribue à l'équilibre et au maintien d'une vie affective satisfaisante. (46)(9). La sexualité est un sujet important, selon l'enquête CSF de 2008 (5), 84.4% des personnes interrogées considèrent la sexualité comme indispensable au bien-être, cependant parmi eux 79% à 98% n'ont jamais consulté à ce sujet. Cette étude met alors en évidence le fait que la sexualité est un sujet délicat à aborder pour les patients.

Les plaintes sexuelles chez les quinquagénaires sont fréquentes cependant, peu consultent leur médecin traitant pour ces troubles et donc peu de ces patients sont pris en charge. Beaucoup d'hommes considèrent le sujet comme « tabou ». Comme le montre une étude publiée en 2003 « Les patients attendent de leur médecin qu'il aborde lui-même la question de leur sexualité ». De même cette étude montre le rôle clé que le médecin généraliste joue dans la prise en charge de ces troubles, permettant ainsi une amélioration de la qualité de vie des patients. (18). Une autre étude sur les dysfonctions érectiles montre que 95% des personnes interrogées ont une préoccupation sexuelle et que 85% de ces mêmes personnes aimeraient que l'initiative d'aborder la sexualité vienne de leur médecin. (40)

Il semble alors évident que le médecin généraliste doive répondre aux attentes de ses patients, d'autant plus que la prise en charge des dysfonctions érectiles est bien codifiée (20). Mais qu'en est-il réellement ? Comment les médecins traitants réagissent-ils face à une plainte sexuelle d'un homme de plus de 50 ans ?

C'est à partir d'une enquête qualitative réalisée auprès de douze médecins traitants que j'ai voulu répondre à cette question. Un premier paramètre important est de savoir d'un point de vue clinique comment se comportent les médecins. Un second paramètre est de comprendre les difficultés rencontrées par les médecins traitants dans l'approche de la sexualité chez l'homme de plus de 50 ans. Y a-t-il des freins dans la prise en charge de ces troubles ?

La région du Var concentre une population relativement âgée. De par cette démographie, cette région semble particulièrement intéressante. Cette étude concerne des patients de plus de

cinquante ans, les médecins installés dans ce département présentent une patientèle qui correspond à ce critère.

Prendre en considération les plaintes sexuelles des hommes de plus de 50 ans constitue un enjeu d'actualité.

II. Généralités et rappels

1. Les différentes plaintes sexuelles chez les hommes de plus de cinquante ans

La dysfonction sexuelle est un trouble de l'une des étapes de l'activité sexuelle.

Le DSM-V (1) publié le 18 mai 2013, distingue les troubles du désir, les troubles de l'excitation correspondant chez l'homme aux troubles érectiles, et les troubles de l'orgasme avec notamment l'éjaculation précoce et l'éjaculation retardée allant parfois jusqu'à l'absence d'orgasme.

a) Les troubles du désir

Selon le DSM-V les troubles du désir ou la baisse du désir sexuel sont caractérisés par une déficience (ou absence) persistante ou répétée de fantasme imaginative d'ordre sexuel et de désir d'activité sexuelle. Cette perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée ou de perturbations interpersonnelles. Cette dysfonction n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (abus ou médicaments) ou d'une affection médicale générale.

b) Les troubles de l'excitation

Le DSM-V définit les troubles de l'excitation c'est-à-dire les dysfonctions érectiles chez l'homme, comme étant la difficulté persistante et récurrente d'atteindre et de maintenir une érection adéquate jusqu'à la fin de l'activité sexuelle.

c) Les troubles de l'orgasme : Inhibition et éjaculation précoce

De nombreuses définitions ont été proposées concernant l'éjaculation précoce. En effet, certaines se basent sur le nombre de poussées pelviennes, sur la durée de la pénétration, sur la fréquence orgasmique de la partenaire ou encore en fonction du contrôle sur le réflexe éjaculatoire et bon nombre encore d'autres définitions.

Le DSM-V-TR (2013) retient cette définition : « Trouble de l'éjaculation persistant ou répété lors de stimulations sexuelles minimales avant, pendant, ou juste après la pénétration, et avant que le sujet ne souhaite éjaculer. Le clinicien doit tenir compte des facteurs qui modifient la durée de la phase d'excitation sexuelle tels que l'âge, la nouveauté de l'expérience sexuelle ou du partenaire et

la fréquence de l'activité sexuelle récente. La perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles. L'éjaculation précoce n'est pas due exclusivement aux effets directs d'une substance (par exemple un sevrage aux opiacés). »

Concernant l'inhibition, le DSM-V-TR retient : « Absence ou retard répété ou persistant de l'orgasme après une phase d'excitation sexuelle normale lors d'une activité sexuelle que le clinicien juge adéquate en intensité, en durée et quant à son orientation, compte tenu de l'âge du sujet. La perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles. La dysfonction orgasmique n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (c'est à dire une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale. »

2. Prise en charge des plaintes sexuelles et recommandations

a) Trouble de l'érection (20) (4)

– Diagnostic

Le diagnostic positif se fait par l'interrogatoire. Une question simple est posée au patient comme « Etes-vous satisfait de votre vie sexuelle? ». Selon le collège national d'urologie et l'Association Inter-Hospitalo- Universitaire de Sexologie, la Société d'Andrologie de la Langue Française et la Société Française de Sexologie Clinique, cette question simple pose le diagnostic de la même manière que l'utilisation de l'International Index of Erectile Function. Le collège d'urologie conseille alors une écoute attentive du patient. La mise en confiance de ce dernier est alors primordiale.

Le médecin doit aussi diagnostiquer l'association ou non des troubles de l'érection à d'autres plaintes sexuelles tel que les troubles du désir, de l'éjaculation, des anomalies morphologiques gênant la pénétration ou des douleurs lors des rapports sexuels. Si un trouble est associé, ce qui est fréquent, la prise en charge devient plus complexe et exclut le patient des recommandations suivantes.

– L'interrogatoire

Caractérisation et retentissement des troubles de l'érection

L'interrogatoire permet, une fois le diagnostic posé, de caractériser la dysfonction érectile.

La dysfonction primaire se caractérise par une atteinte évoluant depuis le début de la vie sexuelle, le caractère secondaire est alors une dysfonction érectile acquise.

Il faut aussi préciser le caractère inaugural ou réactionnel à un autre trouble. Le caractère brutal à la suite d'un facteur déclenchant évoque la cause psychologique. Le caractère progressif doit quant à lui faire rechercher une cause organique.

S'agit-il aussi d'un trouble permanent ou situationnel (dépendant de la partenaire par exemple) ?

La persistance d'érection nocturne et matinale spontanée évoque alors en premier lieu une dysfonction d'origine psychologique.

Il faut caractériser la sévérité de l'atteinte en faisant préciser si l'érection provoquée est encore possible et si la capacité érectile résiduelle est suffisante pour la pénétration. Plus le délai entre l'apparition des plaintes et le recours à la consultation est long, plus la prise en charge est difficile.

Si la dysfonction sexuelle est réactionnelle, situationnelle et associée à la présence d'érection spontanée, il faut alors évoquer un problème psychogène.

L'interrogatoire permet aussi d'évaluer le retentissement de la dysfonction dans la vie du patient. Il est à noter que la sévérité et ce retentissement ne sont pas toujours corrélés. Il faut alors faire préciser au patient le contexte actuel affectif et sexuel ainsi que les raisons qui le conduisent à consulter.

Facteurs pouvant aggraver une dysfonction érectile

Certains facteurs sont reconnus comme pouvant favoriser ces troubles. On retient alors les antécédents abdomino-pelviens, les facteurs de risque cardio-vasculaires (diabète, hypertension artérielle, surcharge pondérale, la dyslipidémie, le tabagisme, les angors), les affections neurologiques (syndrome de la queue de cheval, canal lombaire étroit), les endocrinopathies (thyroïde), les troubles du sommeil, la toxicomanie, le syndrome dépressif, les conflits au sein du couple. Il faut également penser à la iatrogénie.

– L'examen clinique (accord professionnel fort)

Un examen uro-génital est nécessaire afin d'apprécier les caractères sexuels secondaires : taille et consistance des testicules, la verge, les seins et le toucher rectal à la recherche d'une hypertrophie de la prostate.

L'examen cardio-vasculaire comprend la prise de tension artérielle, la recherche des pouls périphériques, la recherche d'un souffle artériel et la mesure du périmètre abdominal à la recherche d'un syndrome métabolique.

Il faut réaliser un examen neurologique notamment les réflexes ostéo-tendineux, la sensibilité des membres inférieurs et rechercher une anesthésie en selle.

— *Les examens complémentaires (accord professionnel fort)*

Il s'agit essentiellement d'un bilan biologique avec bilan lipidique (cholestérol total, HDL et triglycérides) glycémie à jeun (si le patient ne l'a pas eu dans les douze mois précédents), HbA1c si le patient est diabétique connu. La NFS, ionogramme, bilan hépatique doivent être réalisés si le patient ne les a pas eu dans les 5 ans.

La recherche de déficit androgénique biologique par le dosage de la testostérone biodisponible est recommandée.

Un dépistage de masse du cancer de la prostate n'est pas préconisé par l'HAS, cependant l'Association Française d'Urologie propose un dosage du PSA chez les hommes à partir de 50 ans si l'on envisage un traitement androgénique, qui sera alors contre indiqué en cas de cancer (grade A).

Aucune autre exploration complémentaire n'est recommandée pour la médecine générale.

— *Prise en charge initiale des troubles de l'érection en médecine générale*

L'interrogatoire permet d'évaluer le retentissement de la dysfonction érectile sur la qualité de vie. Il ne faut pas traiter les patients qui n'en éprouvent pas le besoin. En effet, ce dernier ne demande parfois qu'à être rassuré et ceci est souvent possible grâce aux examens complémentaires qui ont permis d'éliminer les pathologies graves comme le cancer de prostate.

Il faut rassurer le patient et dédramatiser la situation, de façon adaptée à son âge et à sa demande, en prenant en compte si possible sa partenaire.

Des conseils hygiéno-diététiques peuvent être donnés, notamment le sevrage tabagique ou autres substances addictives.

La iatrogénie doit être envisagée avec des traitements antihypertenseurs, des antidépresseurs. Il semble alors important d'analyser la chronologie entre apparition des troubles et mise en route d'un nouveau traitement.

— *Les traitements médicamenteux d'aide à l'érection*

Les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5

Les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (IPDE5) sont les traitements de référence en première intention. Ils facilitent, lors d'une stimulation sexuelle, la myorelaxation intracaverneuse et donc l'afflux sanguin vers le tissu érectile à l'origine de l'érection.

Le choix du traitement doit être réalisé avec le patient et sa partenaire en prenant en compte les bénéfices attendus versus les risques, le coût du traitement mais également sa galénique. (Accord professionnel fort). Il doit être initié à la posologie la plus basse.

Trois molécules sont disponibles depuis longtemps et non remboursées par la sécurité sociale : le sidénafile (Viagra®) depuis 1998 disponible en 25, 50 et 100 mg, le tadalafil (Cialis®) disponible en 5, 10 et 20 mg et le vardénafile (Lévitra® disponible en 5, 10 et 20 mg et en comprimé orodispersible 10 mg) ces deux derniers commercialisés depuis 2003. Un nouveau traitement est entré sur le marché cette année, l'avanafil (Spedra® en 50, 100 et 200 mg). Il s'agit aussi d'un inhibiteur de la phosphodiesterase de type 5. Leur taux d'efficacité varie de 65% à 85% selon les études. Le prix en pharmacie est libre et est en moyenne de 5 à 12 €/comprimé.

Il est primordial de s'assurer de l'absence de contre-indication comme l'utilisation des dérivés nitrés. On retient aussi les patients ayant présenté un accident vasculaire cérébral au cours des six derniers mois ou un infarctus dans les trois derniers mois, ceux ayant de l'angor instable, une hypotension, une insuffisance cardiaque supérieure à la classe 2 de la classification NYHA au cours des six derniers mois, une perte de la vision d'un œil due à une neuropathie optique ischémique antérieure non artéritique.

Le traitement doit être expliqué au patient avec notamment le délai d'action (1h pour le Viagra® et le Lévitra®, 2h pour le Cialis®, 30 minutes pour le Spedra®). Leur durée d'action est variable (5h pour le Viagra®, de 6h pour le Spedra®, de 36h pour le Cialis® nécessitant donc d'un délai de deux jours entre chaque prise).

On notera que le tadalafil (Cialis® 5mg) a obtenu, depuis 2014, l'Autorisation de Mise sur le Marché dans le traitement des signes et symptômes de l'hypertrophie bénigne de la prostate chez l'homme adulte (51). Ce traitement est particulièrement indiqué chez les sujets souffrant à la fois de dysfonction érectile et de troubles urinaires du bas appareil.

Il faut aussi évaluer si le patient présente la capacité physique à un rapport sexuel. Chez un patient coronarien sévère, un avis cardiologique est nécessaire avant d'initier le traitement.

L'aprostadil : Vitaros gel®

C'est un traitement topique qui sera sur le marché très prochainement. Il se présente en récipient uni dose, avec 300 microgrammes d'aprostadil dans 100 mg de crème. Il s'administre à l'extrémité du pénis au-dessus du méat. Son délai d'action est de 5 à 30 minutes. Sa durée d'action est de 1 à 2 heures.

Les injections intra caverneuse de Prostaglandine E1

Elles ne doivent être prescrites qu'en cas de contre-indication, d'échec des traitements oraux ou en cas de préférence du patient d'un point de vu financier. Ces traitement sont remboursé à hauteur de 35% dans les situations de paraplégie et tétraplégie, de traumatisme du bassin compliqué de troubles urinaires, de séquelles de chirurgie ou de la radiothérapie abdominopelvienne, de séquelle de priapisme, de neuropathie diabétique avérée et de sclérose en plaque (32) (34).

La prostaglandine E1 (alprostadil) induit l'érection par l'intermédiaire de récepteurs intracaverneux, dont la stimulation provoque une relaxation du muscle lisse par augmentation de la concentration d'AMPc.

Deux formes injectables d'alprostadil sont disponibles en France : Edex® et Caverject®.

Le médecin traitant peut lui-même, s'il est formé, initier le traitement, sachant qu'une injection test est systématique en cabinet. Dans le cas contraire, il faut adresser le patient à un spécialiste.

Autres traitements

Les Injections intra-urétrales de PGE1 : le dispositif MUSE®, bâtonnet à usage intra-urétral.

Le Vacuum (érecteur à dépression) : pompe manuelle ou électrique permettant d'obtenir une rigidité de la verge par dépression de l'air environnant la verge flacide. L'érection est ensuite prolongée par le placement d'un anneau souple positionné à la racine de la verge.

Les traitements chirurgicaux (implants péniens) : mise en place chirurgicale de deux implants, un dans chaque corps caverneux entraînant une érection mécanique. D'autres systèmes sont hydrauliques : les implants sont reliés à une pompe placée dans le scrotum et à un réservoir placé dans l'espace pré vésical permettant une alternance flacidité-érection.

Les effets secondaires des inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (3)

Les principaux effets indésirables sont : céphalée, bouffées de chaleur, flush, effets cardiovasculaires tels que palpitations, syncopes, hypotension, hypertension, arythmie, tachycardies, accidents vasculaires cérébraux, angors instables, infarctus du myocarde, allongement du QT. Sur le plan digestif, on retrouve parfois des vomissements, diarrhées, douleurs abdominales, bouche sèche. Il existe aussi des possibles insomnies, anxiété, convulsions, des arthralgies, myalgies, paresthésie,

douleurs des jambes et du dos, épistaxis, congestion nasale, rétention hydrique, de rares atteintes cutanées et hématologique, érections prolongées, priapisme, photosensibilité pour le vardénafil.

Il existe aussi des possibles atteintes de la vision avec notamment anomalie de la vision des couleurs, dose dépendante et réversibles en 3 ou 4 heures, des neuropathies optiques ischémiques antérieures, des photophobies, des pertes de la vision temporaires mais parfois allant jusqu'à une cécité définitive, des irritations, rougeurs, douleurs oculaires, une augmentation de la pression oculaire, des hémorragies rétinienne (13).

Des atteintes de l'audition ont aussi été décrites en 2007, ces effets secondaires ont donc été rajoutés à la liste depuis 2008. Ont été décrit une possible surdité partielle ou totale d'une ou des deux oreilles souvent définitives et parfois accompagnées de vertiges.

Il faut savoir que l'association de ces molécules avec un inhibiteur calcique et/ou un alpha-bloquant peut entraîner des hypotensions orthostatiques surtout avec la doxazoline (Zoxan®).

– *Réorienter le patient*

En cas de dysfonction érectile complexe, le patient est adressé au psychiatre, en cas de trouble de la personnalité (anxiété généralisée par exemple) ou d'une suspicion de paraphilie, de même si le patient présente une dépression réfractaire. En cas de dysfonction érectile primaire, il peut être orienté vers un psychiatre ou un psychosexologue.

Le patient est adressé au sexologue ou au psychologue s'il présente une conjugopathie, un trouble du désir, une dysharmonie sexuelle, un problème d'éjaculation rapide au premier plan ou s'il existe d'importants troubles relationnels.

Le patient est adressé à l'urologue, à l'andrologue, au sexologue, à l'angiologue ou au neuro-rééducateur pour instaurer des traitements locaux, sauf si, parfaitement formé, le médecin généraliste peut les initier lui-même.

b) Trouble de l'éjaculation (35) : éjaculation précoce

– *Physiopathologie*

Plusieurs mécanismes physiopathologiques peuvent être évoqués dans les situations d'éjaculation précoce.

Tout d'abord un mécanisme psycho relationnel avec la relation complexe existant entre les composantes cognitives, affectives et psychologiques du contrôle de l'éjaculation. De nombreuses théories psychanalytiques différentes émergent. Cependant, le rôle joué par l'anxiété de performance est fréquemment évoqué, celle-ci bloquant les sensations pré éjaculatoires.

On peut évoquer le mécanisme urologique avec une association plus fréquente de troubles éjaculatoires et de prostatite chronique.

Il est à noter également le mécanisme neurobiologique avec l'implication du système sérotoninergique, supprimeur du réflexe éjaculatoire. Ainsi, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRSS) et les agonistes de la sérotonine prolongent le délai avant éjaculation.

Le mécanisme hormonal est impliqué notamment en cas d'hyperthyroïdie.

– *Traitements*

A ce jour, il n'existe pas de référence concernant la prise en charge de l'éjaculation précoce par les médecins généralistes. Le rôle de ce dernier est alors de trouver le traitement efficace au cas par cas.

On retient alors la possibilité d'utiliser différents traitements.

Les Inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 et les sexothérapies restent les traitements les plus utilisés.

On utilise aussi la dapoxetine (Priligy® 30 et 60 mg), un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine mais sans effet antidépresseur (42).

MATERIEL ET METHODES

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretien individuel semi-dirigé, suivant un guide d'entretien préétabli et anonyme. Cette méthode a été appliquée afin de retenir un éventail d'idées. La recherche qualitative a pour objectif de comprendre et d'interpréter des phénomènes et des événements dans leur milieu naturel. L'objectif est alors d'explorer un terrain inconnu et d'approfondir la compréhension d'un problème spécifique et complexe. (56)

L'entretien semi-directif a été choisi car il permet à la personne interrogée de partager son expérience et de s'exprimer de manière libre. Il est dit semi-dirigé car l'enquêteur suivra son guide en tachant d'aborder des thèmes importants.

Les entretiens individuels ont été privilégiés parce que l'on sait qu'il s'agit d'un sujet délicat à aborder par les patients. Ne connaissant pas ce qu'il en est de la part des médecins traitants, il a semblé plus judicieux d'effectuer des entretiens individuels afin de pouvoir parler du sujet de façon plus aisée, en tête à tête.

II. L'échantillonnage de la population

1. La population

C'est une étude réalisée auprès de médecins généralistes installés dans le Var. Le recrutement s'est fait après avoir défini des critères d'inclusion et d'exclusion qui sont les suivants :

Critères d'inclusion :

- être médecin généraliste
- être installé
- avoir un cabinet médical dans le département du Var
- être médecin toujours en exercice

Critères d'exclusion :

- être médecin remplaçant
- ne pas être dans le secteur géographique du critère d'inclusion

2. Le recrutement

Le recrutement a été effectué de deux façons. Quatre médecins de mon entourage, répondant aux critères d'inclusion, ont accepté de participer à l'élaboration de ma thèse en répondant à l'entretien. Les huit autres médecins ont été recrutés de façon aléatoire à l'aide des pages jaunes sur internet. Il s'agissait alors d'appeler, par téléphone, des médecins généralistes correspondants aux critères d'inclusion, et de fixer, s'ils acceptaient, un rendez-vous pour l'entretien. Des refus ont été constatés par l'enquêteur, pour la plupart des médecins cela était dû à un manque de temps. Seulement deux médecins ont refusé après l'annonce du sujet de thèse, car dans leur population de patients trop peu présentaient des plaintes sexuelles.

3. Le déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre avril et juin 2014. Ces derniers ont été réalisés pour la plupart en me recevant. Deux médecins ont préféré réaliser ces entretiens par téléphone, l'un d'entre eux était disponible au moment du premier appel et pour l'autre c'était plus simple d'un point de vue organisation. Sur les dix médecins qui ont été rencontrés, neuf ont reçu l'enquêteur à leur cabinet et un à son domicile. L'enregistrement a été fait à l'aide d'un dictaphone analogique mais pour les deux derniers enregistrements, ils ont été réalisés avec un dictaphone numérique.

Les médecins étaient informés de la durée libre de l'entretien. Certains ont reçu l'enquêteur en début de journée ou en fin de journée et d'autres encore avant ou après leur pause déjeuner. Aucun entretien n'a été réalisé en milieu de leur programme de consultation, ce qui a permis d'avoir des entretiens calmes sans que les médecins se sentent pressés par le temps afin de passer à la consultation suivante.

La durée moyenne des entretiens est de trente-neuf minutes, l'entretien le plus long ayant duré quatre-vingt minutes et le plus court dix-neuf minutes.

Je précisais en début d'entretien, qu'il serait anonyme. Ceci a permis de recueillir des réponses authentiques. Par la suite une introduction rapide était présentée à la personne interrogée (ANNEXE 1). Il se concluait par des remerciements et la proposition de recevoir par mail la retranscription de l'entretien ainsi que le résultat définitif du travail.

III. Le guide d'entretien

Cette enquête est basée sur la réalisation d'entretiens semi-dirigés avec l'aide d'un guide d'entretien. La réalisation du guide s'est effectuée en plusieurs étapes. Un premier guide proposait des questions

trop fermées et directives, il a donc été modifié plusieurs fois afin d'obtenir avec l'aide précieuse du Dr Papa un guide avec des questions ouvertes.

Le guide a d'abord été testé auprès de deux collègues internes ayant déjà effectué des remplacements. A la suite de ce test, l'ordre des questions a été modifié afin de garder un fil conducteur à l'entretien.

Ce guide a été modifié au fur et à mesure des entretiens. La cellule thèse qualitative, à laquelle j'ai assisté à Nice, a permis d'améliorer encore ce guide. En effet, les données quantitatives de la thèse ont par la suite été recherchées à la fin de l'entretien et non en début. Ceci a permis d'éviter aux médecins interrogés d'avoir une sensation « d'interrogatoire ».

- L'objectif était d'obtenir une réflexion des médecins autour des thèmes suivants :
- le patient, ses plaintes et ses attentes;
- la prise en charge des plaintes sexuelles;
- le ressenti du médecin généraliste concernant les plaintes sexuelles de ses patients, son rôle en tant que médecin traitant dans l'approche de la sexualité et les difficultés qu'il peut rencontrer.

IV. Méthodologie d'analyse

1. La retranscription

Chaque entretien a été retranscrit sous forme de verbatims, dans un document Word, par l'enquêteur lui-même dans les 24 heures suivant la rencontre avec le médecin. Cette retranscription rapide permettait de se rappeler les réactions du médecin et de les retranscrire. La reconnaissance vocale de l'iPhone a été utilisée, permettant ainsi d'être plus efficace pour la phase de réécriture. La durée moyenne est de 2h45 pour chaque retranscription. Les entretiens ont été retraduits dans leur intégralité, seuls les noms de certains confrères cités au cours de l'entretien ont été supprimés.

2. L'analyse des entretiens

Le travail d'analyse a été fait manuellement. Après relecture des verbatims, trois parties se sont dégagées pour répondre à la question de thèse : Comment les médecins traitants réagissent-ils face à une plainte sexuelle d'un homme de plus de 50 ans ? La première partie tâche de situer la problématique et de comprendre pour quelles plaintes les patients consultent. La seconde est la prise en charge médicale par les médecins traitants et la troisième, les freins que les généralistes peuvent rencontrer dans la prise en charge d'un patient le consultant pour dysfonction sexuelle.

RESULTATS

I. Données quantitatives

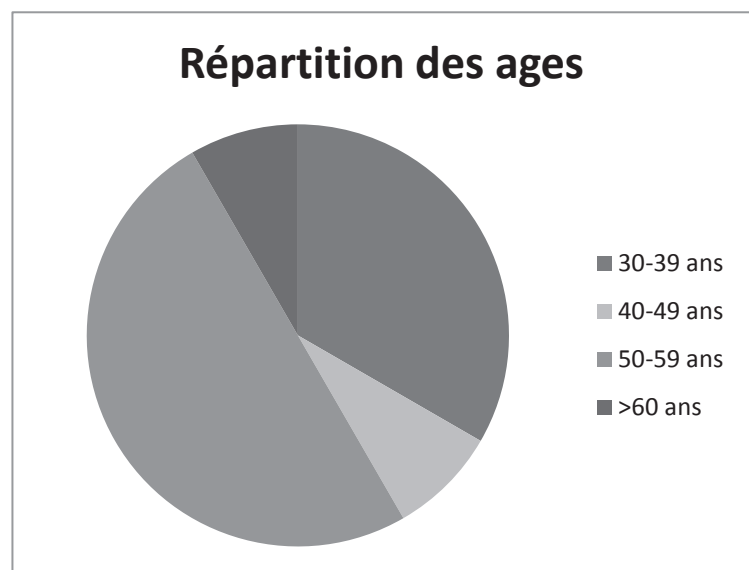
1. Sélection et caractéristiques des médecins traitants

Douze médecins généralistes, installés dans le Var, ont été interviewés.

a) Les tranches d'âge

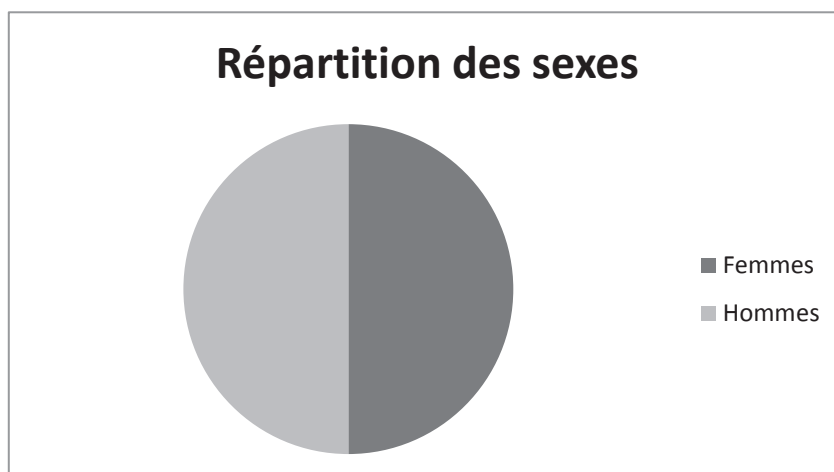
L'âge précis des médecins n'a pas été demandé. En effet, ce qui était intéressant c'était la tranche d'âge afin d'analyser les résultats en fonction des différentes générations de médecin. La répartition était la suivante :

- 30- 39 ans : 4 médecins
- 40- 49 ans : 1 médecin
- 50- 59 ans : 6 médecins
- > 60 ans : 1



b) Le sexe des médecins

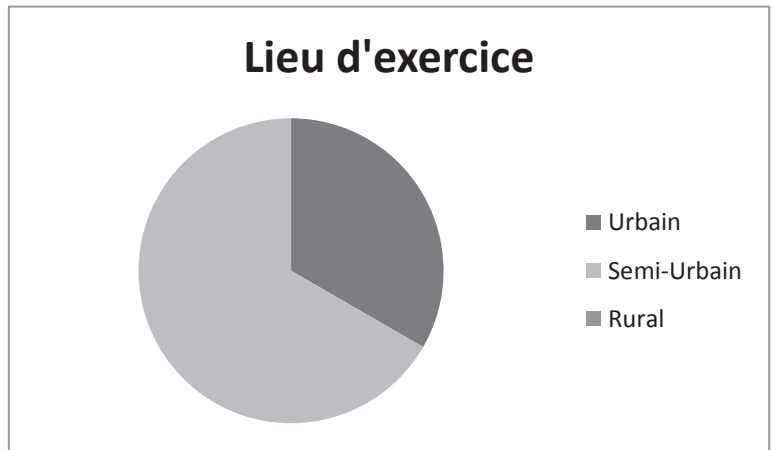
- 6 médecins hommes
- 6 médecins femmes



c) Le lieu d'exercice

Trois types de lieu d'exercice étaient proposés.

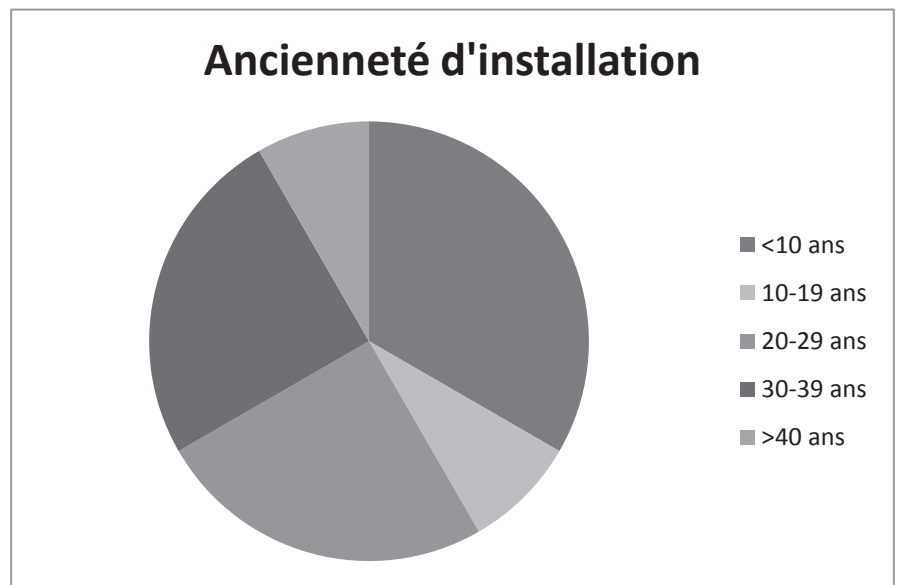
- Urbain : 4 médecins
- Semi-urbain : 8 médecins
- Rural : 0 médecin



d) L'ancienneté d'installation

La moyenne d'ancienneté d'installation est de 18 ans et demi.

- < 10 ans : 4 médecins
- 10 - 19 ans : 1 médecin
- 20- 29 ans : 3 médecins
- 30- 39 ans : 3 médecins
- >30 ans : 1 médecin



2. Les refus

L'enquêteur a reçu très peu de refus de la part des médecins à participer à l'enquête. Quelques médecins n'ont pas pu être joints car leurs secrétaires ne pouvaient les déranger au cours de leur consultation. Certaines secrétaires demandaient le numéro de téléphone de l'enquêteur et devaient le transmettre au médecin. Un seul médecin a rappelé mais a refusé de participer à l'enquête après l'annonce du sujet considérant ne pas pouvoir répondre aux questions car trop peu de patient le consultait pour des plaintes sexuelles. Un autre refus pour le même motif a été observé. Les autres refus étaient surtout dus au manque de temps des médecins.

II. Le patient, ses plaintes et ses attentes

1. Les types de plainte

a) Les troubles de l'érection

A l'unanimité, les médecins ont répondu à cette question en évoquant les troubles de l'érection : « *Pour des troubles de l'érection* », « *Ils me disent, « je n'arrive plus à bander comme avant », « c'est vraiment la panne sexuelle. »*. J'approfondissais la question à chaque entretien, en demandant si c'était l'unique type de plaintes, aucune autre plainte n'étant évoquée de manière franche.

b) L'éjaculation précoce

Elle n'est abordée que par un nombre très limité de médecin. Cependant, peu de patients consultent pour ce type de plainte : « *Oui euh l'éjaculation précoce, je dirais que depuis qu'il y a un médicament, on creuse un peu mais peu de plainte, même très peu. Zéro même pour dire franchement. »*

c) L'hypersexualité

Seul un médecin évoque l'hypersexualité : « *c'est amusant, il est venu me poser la question : « qu'est-ce que je peux faire parce que après avoir fait l'amour avec ma femme trois fois ; regarder un porno et trois branlettes, ça me dérange pas ». On peut parler d'hypersexualité, surtout qu'en plus de ça, vous pouvez imaginer, il a une activité qui dépasse la vie conjugale. »*

2. Qualité de vie et plaintes sexuelles

Les médecins perçoivent l'influence de ces plaintes sexuelles dans le quotidien de la plupart des patients : « *traiter ces patients, permettra d'améliorer leur qualité de vie car souvent il y a un grand retentissement avec une petite part d'état dépressif a minima* », « *ça ne peut que les améliorer.* », « *Il y a un lien direct, parce que c'est vrai que 50 ans c'est relativement jeune, au-delà, on vieillit tranquillement mais c'est vrai, avec l'expérience que j'en ai, le désir sexuel persiste plus longtemps. C'est-à-dire des gens qui ont des demandes dans les 75, 80 ans* », « *La sexualité et la qualité de vie, de toute manière c'est un équilibre. Dans la mesure où il y a une demande c'est qu'ils ont un déséquilibre.* ».

Cette question a été perçue de deux manières différentes par les médecins. Le lien entre qualité de vie et plaintes sexuelle est soit que les habitudes de vie peuvent créer des troubles sexuels soit que les plaintes sexuelles peuvent avoir des conséquences sur la vie du patient. Il semble malgré tout que les médecins soient d'accord sur le fait que la sexualité ait son importance dans la qualité de vie des patients.

a) L'influence des facteurs externes sur les plaintes sexuelles

Certains médecins voyaient l'influence néfaste de certains facteurs externes sur la santé sexuelle des patients : *« Le tabagisme, chez quasiment tous les patients que j'ai vu qui venaient me voir pour une panne sexuelle, il y avait du tabagisme actif. Et après il y a beaucoup beaucoup de stress. » « Moi je dirais que lorsque les gens ont un trouble d'humeur, ils ont des troubles de la sexualité. », « C'est difficile, chez le diabétique, artéritiques, ils ont plus de mal à bander (Rires du médecin). », « Par rapport à la consommation de toxiques, par rapport au stress qu'ils peuvent avoir au travail. »*

b) L'influence des plaintes sexuelles dans le quotidien

D'autres voyaient que les problèmes sexuels d'un patient, ont des répercussions sur sa qualité de vie : *« Je pense que chez certains patients, c'est important la sexualité, et cela peut les perturber sur le plan général. », « C'est énorme, pour qu'ils en parlent, c'est que ça leur pourrit la vie. Pour un homme, c'est important, il paraît. »*

c) Faible influence des plaintes sur la qualité de vie

Certains entretiens montrent tout de même qu'il est possible que des patients soient moins affectés par leurs troubles sexuels : *« Je pense qu'il y en a qui ont l'air de s'en fiche complètement, qui ne disent jamais rien au médecin. », « Après les prostatectomies, il n'y a plus de libido pour la plupart, ça ne se passe pas mal. »*

Un médecin note l'influence de ces troubles sur la qualité de vie mais précise qu'il ne s'agit tout de même pas d'une plainte qui engage le pronostic vital : *« C'est un symptôme qui altère la qualité de vie, c'est sûr, mais en même temps, on ne va pas mourir »*

3. Les attentes du patient

Comme le résumait ces deux médecins, les patients attendent essentiellement d'être rassurés, écoutés, qu'il n'y ait pas d'anomalie et enfin, qu'une solution leur soit proposée : *« certainement qu'on leur dise que ça n'est pas grave et qu'on peut les aider. Ils attendent aussi qu'on les écoute, qu'on fasse un point somatique et éventuellement un traitement. », « Ils attendent premièrement qu'on les rassure, et ensuite que l'on fasse une recherche de la raison pour laquelle ils ont cette baisse de performance. Et ensuite ils attendent de nous qu'on leur propose quelque chose ou qu'on les oriente vers des gens compétents. »*

a) L'écoute, la réassurance

Le problème génère des interrogations auxquelles il faut répondre, c'est là que le médecin intervient. Pour illustrer, nous reprendront ces phrases : *« De l'écoute surtout, de pouvoir en parler et d'avoir*

une oreille attentive. », « De l'écoute, oui déjà ils vont vraiment mieux quand ils sortent après avoir parlé (rire du médecin). », « Des conseils déjà »

b) La connaissance technique du médecin

Il semble tout de même que la connaissance technique du médecin soit en lien direct avec la réassurance du patient. En effet, le patient consulte pour comprendre ce qui se passe afin de pouvoir être rassuré. *« Ils veulent un diagnostic, ils veulent savoir si c'est hormonal, ils veulent savoir s'il y a quelque chose à faire, si c'est normal. », « et aussi de les faire bilanter », « D'abord un bilan parce qu'ils veulent être sûr qu'il n'y a pas un déficit organique. »*

c) La solution

Si le patient consulte, c'est qu'il veut que le médecin lui propose une solution : *« De le résoudre, de trouver une solution pour avoir une vie sexuelle satisfaisante. », « Et ensuite ils attendent de nous qu'on leur propose quelque chose ou qu'on les oriente vers des gens compétents. », « C'est d'arriver à assouvir leurs besoins sexuels. »*

III. La prise en charge clinique et paraclinique

1. L'interrogatoire

a) L'ancienneté des troubles

Plus de la moitié des médecins s'interroge sur l'anamnèse, à savoir : quand les troubles ont-ils commencé : *« Est-ce que ça a toujours été présent ces problèmes ? », « j'essaie de l'interroger sur depuis quand ça dure ? »*

b) Le problème psychologique

La recherche d'un problème psychologique pouvant expliquer la dysfonction érectile semble systématique chez les médecins interviewés. On retiendra les témoignages suivants : *« S'il y a une grosse pression associée. », « S'il y a eu des modifications dans sa vie qui expliqueraient que ça arrive maintenant. », « Concernant l'interrogatoire, j'essaie de savoir s'il s'agit de troubles psychologiques. », « est-ce qu'il a un facteur déclenchant, un traumatisme psychique? », «Après il y a le problème psychologique. », « il y a souvent un contexte de difficultés psychologiques. », «ils ont peut-être des soucis de travail, des soucis familiaux qui peuvent interférer. », «il y a aussi la prise en charge émotionnelle ».*

Certain médecins ont bien conscience qu'un dysfonctionnement sexuel peut être un signe d'une réelle dépression : *« quand j'ai un patient qui me semble en baisse de régime, pas très bien. Pour moi c'est un des critères de dépression je leur demande sur la sexualité ».*

c) Le problème organique

– Les artéritiques et diabétiques

Concernant les problèmes organiques, deux types de patients semblent émerger : les patients artéritiques et les patients diabétiques. En effet, ces deux pathologies sont évoquées régulièrement : *«Quelles sont les antécédents, puisqu'il y a le diabète qui peut donner ça. », « Leurs antécédents, s'ils ont du diabète, de la tension. », « des problèmes cardio-vasculaires qui pourraient expliquer qu'il y a un truc organique responsable. ».*

– La dysfonction érectile signe précurseur d'atteinte cardio-vasculaire

Il est important de noter aussi que, certes, les problèmes cardio-vasculaires peuvent entraîner des dysfonctions érectiles, mais que ces dysfonctions peuvent également être le premier symptôme de problèmes vasculaires : *«chercher des problèmes cardio-vasculaires parce que c'est l'un des premiers signes de la dysfonction érectile. », « faire le bilan vasculaire, c'est quand même le premier symptôme qui peut arriver au niveau des artéritiques », « souvent la baisse de la puissance et la baisse des performances témoignent d'un problème cardio-vasculaire sous-jacent, même s'il est latent. »*

– La prostate

La recherche de problèmes prostatiques à travers l'interrogatoire et notamment la recherche de symptômes urinaires, est évoqué par quelques médecins. *« Je leur demande s'ils ont des symptômes urinaires. », «Est-ce que vous pissez comme avant ? Est-ce que vous avez un petit jet et que vous vous pissez sur les pieds ? Est-ce que vous vous levez souvent la nuit ? »*

– Le déficit androgénique lié à l'âge

Un seul médecin évoquera la recherche d'un déficit androgénique lié à l'âge lors de son interrogatoire auprès des patients : *« s'il a des signes d'andropause c'est-à-dire : est-ce qu'il a toujours l'érection du matin, est ce qu'il a une belle barbe, sa pilosité. ».*

d) La iatrogénie

L'imputation des traitements cardio-vasculaires est la plus recherchée par les médecins : *« Après on cherche dans les médicaments, s'il n'y a pas des bêtabloquants, des médicaments qui peuvent retentir. », « en dehors des patients diabétiques, en dehors des patients hypertendus à qui on essaie de ne pas donner des médicaments qui posent problème. », « recherche des effets secondaires*

thérapeutiques avec les bêtabloquants », « Concernant les hypertendus, je fais attention aux médicaments. ».

Les traitements antidépresseurs sont recherchés par quelques médecins : *« Donc après avoir éliminé deux ou trois médicaments qui peuvent interagir, comme tout ce qui est antidépresseurs ».*

e) L'érection matinale

La question de l'érection matinale est recherchée par la moitié des médecins. *« Je leur demande s'ils ont encore une érection matinale parce que finalement c'est quand même la preuve que sur le plan organique ça fonctionne. », « Est-ce qu'ils ont toujours une érection matinale automatique? », « Si je n'ai aucun argument organique, s'ils ont toujours des érections matinales, je ne fais pas de bilans complémentaires tout de suite. »*

f) La place du couple dans ces plaintes

La sexualité est un problème de couple comme l'évoque ce médecin : *« le couple c'est quand même 75 % de sexualité. ».*

Les médecins à l'unanimité se demandent si, des problèmes au sein du couple pourraient expliquer les plaintes du patient. On retient alors : *« Parce que souvent il y a des problèmes derrière avec la conjointe. Savoir ce qui se passe dans son couple, comment il le vit avec son épouse ? Quel est le ressenti de leur partenaire ? », « La prise en charge du couple. », « S'ils ont toujours du désir pour leurs femmes (rires) s'il y a une conjugopathie parce que souvent il y a quand même ça. », « Après, on rentre un petit peu plus dans la psychologie « et avec votre femme ça va bien ? ». »*

Le changement récent de partenaire est aussi évoqué *« Est-ce qu'il y a des choses dans leur vie qui pourraient faire que sur le plan de la sexualité ça se passe moins bien, comme un changement de partenaire? Une séparation? », « Souvent il y a des problèmes de changement de partenaire, de séparation. ».*

Afin de voir si le problème est constant ou en lien avec la partenaire uniquement, les médecins demandent aux patients si ces troubles persistent lors d'activités extra conjugales, voir même en cas d'activité sexuelle manuelle : *« Ça dépend aussi du nombre de partenaires que les gens vont avoir, parce que ce qui arrive souvent, ils viennent de rompre avec une partenaire avec qui ça marchait bien et ils rencontrent une nouvelle partenaire et là ça marche pas. », « S'ils ont toujours des érections devant un film X ou avec une autre femme. », « Si lorsqu'il se masturbe ça marche. », « les revues pornographiques, des films pornographique s'ils ressentent quelque chose, comment dirais-je, de plus perceptible que lorsqu'ils voient leur compagne habituelle. ».*

g) La normalité aux yeux du patient

Y a-t-il une norme lorsque l'on parle de sexualité ? Les médecins s'interrogent sur la norme sexuelle du patient, ce qu'il souhaite et attend dans sa vie sexuelle. C'est ce que montrent les exemples suivants : « *Ce qui est très amusant c'est de savoir ce qu'est la norme pour chacun. D'ailleurs c'est la première chose que je leur dis que c'est typiquement le genre de choses sur laquelle il n'y a pas de norme.* », « *Le nombre de rapports. Pour eux qu'est-ce qu'une vie sexuelle épanouie ?* », « *Il faut essayer de savoir ce qu'eux imaginent comme idéal.* », « *J'essaie de faire le point avec lui et de savoir quelle est sa vision d'une sexualité normale, en vieillissant il faut voir le nombre de rapports sexuels qu'ils attendent.* »

2. Examen clinique et examens complémentaires

a) L'examen des organes génitaux et le toucher rectal

L'examen des organes génitaux externes dans le contexte de dysfonction érectile ne semble pas systématique chez la plupart des médecins interviewés : « *Je reconnais que je ne fais pas forcément l'examen des organes génitaux externes* », « *je ne fais pas d'examen particulier au niveau des organes génitaux* », « *Juste un examen général, j'avoue je n'ai pas d'examen particulier.* ».

Une minorité des médecins réalise cet examen de façon systématique : « *Donc on fait quand même un examen vasculaire et des organes génitaux* », « *j'examine la verge, le gland, les testicules, le prépuce, je fais l'examen de la sphère génitale à chaque plainte sexuelle* ».

Cependant, les médecins ne pratiquant pas l'examen des organes génitaux à chaque plainte sexuelle, précisent souvent qu'en cas de point d'appel ou dans certaines circonstances, l'examen est tout de même réalisé : « *s'ils m'ont interpellé sur un symptôme particulier, qui oriente vers la sphère génitale, je vais examiner les organes génitaux* », « *Selon la situation on peut être amené à un examen testiculaire et un toucher rectal* ».

Le toucher rectal n'est réalisé par aucun médecin systématiquement. Soit il n'est pas effectué du tout, soit il est fait au cas par cas : « *Le toucher rectal, ça arrive que je le fasse dans ce cadre là, mais pas forcément.* », « *je ne fais pas de toucher rectal* », « *c'est le toucher rectal que je pratique de temps en temps mais j'avoue je ne suis pas un grand pratiquant de ce genre d'examen* ».

Concernant les médecins femmes, deux médecins expliquent que si cet examen n'est pas réalisé, c'est par pudeur envers le patient : « *un toucher rectal mais c'est sûr, de prime abord, une femme c'est très très rarement bien vécu. Tu abordes la consultation, ils abordent ce problème-là déjà avec une femme et d'aller tout de suite faire un toucher rectal...?* », « *Je ne fais pas le toucher rectal et la*

palpation des testicules puisque comme de toute manière si j'ai un doute ils l'auront chez l'urologue, et d'abord j'ai la main trop courte. J'ai déjà eu des histoires pas très tristes non plus et comme je vais les envoyer chez l'urologue et que chez l'urologue ça va recommencer, il ne faut quand même pas abuser ».

b) Le patient sans pathologie chronique

Concernant l'examen clinique, il est à noter que tous les médecins examinent leurs patients lorsqu'ils se plaignent de trouble de l'érection. Comme le dit l'un des médecins : *« L'examen clinique, je les examine toujours (rires). »*

On notera un examen général avec une recherche des pouls et une prise de la tension artérielle en systématique chez tous : *« Un examen somatique classique », « la tension, l'examen du cœur, l'examen des poumons, l'examen du ventre, un examen général », « Concernant l'examen clinique, les pouls, les hernies », « pour la clinique je fais cardio, pulmonaire, abdominal, après je recherche les pouls périphériques, au niveau des pouls poplités, pédieux, inguinaux et c'est tout ».*

Au niveau des examens complémentaires, chez le patient sans antécédents particuliers, les médecins ne réalisent pas de bilan biologique systématique. La prise de sang ne sera souvent pas demandée quand le médecin évoque un problème psychologique, plus qu'un problème organique : *« Les examens biologiques, ça m'arrive mais pas systématiquement. Ça dépend un peu de l'histoire. Quand j'ai l'impression qu'il y a plus une histoire psychologique sous-jacente, je ne demande pas systématiquement des examens. », « Si je n'ai aucun argument organique, s'ils ont toujours des érections matinales, je ne fais pas des bilans complémentaires tout de suite. »*

Cependant pour certains médecins, il s'agit aussi de faire un bilan si ce dernier est trop ancien. *« Si c'est des patients qui ont eu un bilan il y a trois mois, je ne vais pas refaire tout un bilan si ce n'est, peut-être un bilan plus orienté comme un doppler des corps caverneux. Par exemple, des examens beaucoup plus ciblés, si on pense que c'est du vasculaire », « le bilan biologique s'il s'agit de patients qui ne sont pas déjà suivis, donc à qui on ne demande pas des prises de sang de manière régulière, ça peut être l'occasion de dépister une éventuelle anomalie. »*

Le bilan peut aussi être prescrit afin d'éliminer une contre-indication à la thérapeutique utilisée : *« Ce bilan permet aussi d'avoir un élément de référence avant de débiter un traitement médicamenteux. »*

c) Le diabétique et l'artéritique

Il semble ressortir de ces entretiens qu'à l'unanimité, les patients diabétiques et artéritiques sont à différencier du patient « lambda » surtout d'un point de vu biologique.

Deux attitudes principales émergent. La première celle de ne pas demander d'examen biologique car il s'agit de patient extrêmement suivi, avec des bilans récents : *« Quand il y a le problème de diabète et de tension, je me méfie toujours parce que souvent il y a un problème plus important, mais ces gens-là sont super suivis. Et ils ont droit à leur doppler, leur visite cardiologique », « En général ce sont des patients que nous connaissons bien, on sait s'ils sont diabétiques, s'ils ont du cholestérol, c'est pour ça, que je ne prescris pas systématiquement des examens spécifiques tout de suite. »*

La seconde attitude est celle de demander des examens complémentaires chez ces patients à risque : *« Et les autres, ceux qui ont du diabète, des antécédents de traumatismes du bassin, je leur demande bio, testostérone, écho doppler des artères pelviennes. »*

d) Le type de bilan

Le bilan souvent proposé par les médecins, est une recherche des anomalies glucidiques, lipidiques et prostatiques : *« Sinon je propose un bilan biologique de dépistage, la glycémie, le bilan lipidique, PSA. » « Au niveau biologique c'est un bilan standard donc sucre, cholestérol, et bien sûr après on fait aussi tout ce qui est prostatique donc le PSA. »*

Il est à préciser qu'un seul médecin citera le dosage des hormones thyroïdiennes.

Il semble aussi qu'en cas de point d'appel, l'échographie prostatique ainsi que des doppler veineux sont parfois demandés : *« si j'ai un doute sur quelque chose d'organique là je vais faire un Doppler pelvien », « une échographie de la prostate si jamais ça me semble nécessaire. »*

La testostérone est évoquée par la moitié des médecins. *« Il y a un dosage de testostérone, et pour certains, il est bas mais ça, ce sont les urologues qui supplémentent. », « bilan biologique avec cholestérol PSA, parfois, suivant le cas testostéronémie. », « C'est vrai que je fais rarement la testostéronémie »*

Cependant ils ne semblent pas à l'aise avec ce dosage et préfèrent en cas d'anomalie, réorienter le patient vers un spécialiste, notamment un urologue. *« La testostérone, ça se dose, mais je laisse ça à l'urologue », , « Et de temps en temps, je prescris la testostérone libre mais je ne sais pas si c'est une pratique validée ou non, je n'en sais rien. », « je me souviens d'une fois un patient avec une testostéronémie très basse, je l'avais adressé à un urologue et il l'avait traité pour cette carence en testostérone mais pour moi j'aurais été incapable de prescrire ça. »*

Seul un médecin semble ne pas faire appel au spécialiste du fait d'une bonne maîtrise des problèmes d'hypotestostéronémie : *« une baisse nette de testostéronémie donc moi, je me contente*

essentiellement de faire une testostéronémie mais dans l'optique d'un traitement éventuel associé, maintenant je mets en plus prolactine LH et PSA en association ». Il est important de préciser qu'il s'agit du même médecin qui avait évoqué l'influence des hormones thyroïdiennes dans les problèmes d'érection. C'est probablement un généraliste compétent en endocrinologie.

3. Les traitements médicamenteux

a) Les quatre traitements les plus connus

Les trois traitements disponibles sur le marché à savoir Cialis®, Viagra® et Levitra® sont connus par tous les médecins. Le Levitra® reste cependant le moins cité. Le Spedra® quant à lui est pour le moment inconnu de presque tous.

Très peu de médecins ont connaissance du nouveau traitement disponible depuis peu : *« bientôt il y en aura une quatrième sur le marché ».*

b) La maîtrise des traitements

On retrouve une disparité quant à la maîtrise de ces traitements : *« Globalement je les connais bien. Je connais à peu près les effets secondaires, la façon qu'ils agissent, la longueur d'efficacité, enfin tout ça ».* Un autre médecin dira : *« Mais à chaque fois que je les prescris, je regarde dans le Vidal parce que la liste de contre-indication elle est tout de même gratinée », « Après je ne sais pas parfaitement le maîtriser »*

c) Le traitement sécuritaire

Les traitements sont prescrits parfois dans le seul but de rassurer le patient : *« ils ont la solution et donc du coup, des fois, ils ne s'en servent pas », « il y en a qui ne sont même pas allés chercher la boîte. »*

d) Le test thérapeutique et l'efficacité du traitement

Les médecins dans l'ensemble utilisent les traitements comme tests thérapeutiques : *« s'il n'y a pas de contre-indication, un traitement test », « c'est un peu comme les antalgiques, on essaye et on voit si ça marche ou pas ».*

Les traitements semblent efficaces et satisfont les patients selon la grande majorité des médecins : *« Ils me demandent de renouveler leurs petits comprimés parce que ça marche bien ».*

e) Le tadalafil (Cialis®)

De ces interviews, le tadalafil (Cialis®) reste le traitement le plus prescrit.

Dans la plupart des cas, le Cialis® 5 mg, du fait de sa prise quotidienne est privilégié : « *le Cialis 5 parce qu'on le prend tous les jours et qu'ils n'ont pas à dire « bouge pas chéri je vais prendre ma pilule » », « Souvent je prescris le Cialis 5 , qu'ils prennent tous les jours et ça permet d'avoir une excitabilité sans avoir à se programmer »*. Garder une spontanéité sexuelle est l'argument avancé : « *ça évite de programmer son sport en chambre »*.

Un médecin cependant diffère de ce point de vue. Les patients ne se sentant pas « malades » refusent un traitement quotidien : « *Mais c'est vrai que j'ai du mal à instaurer le cinq milligramme parce que le cinq, c'est un traitement quotidien. Et en fait pour les patients ça n'est pas une pathologie »*

f) Les injections intra urétrales

Ce traitement apparaît comme une affaire de spécialiste : « *En général, c'est l'urologue qui commence le traitement »*

On retrouvera des médecins qui malgré tout reconduisent le traitement : « *Donc moi si vous voulez je me contente souvent de renouveler ce genre de support. »*

Un médecin ne reconduit pas les traitements : « *à priori ils ont ce qu'il faut donc je ne reconduis pas. »*

Un médecin femme se projette et ne prescrit pas ce type de traitement, d'une part elle dit ne pas le maîtriser, d'autre part elle souligne l'inconfort. « *Parce que moi je me dis, ça doit être insupportable de se faire ça alors que l'on pourrait prendre un cachet »*.

g) Le vacuum

Un seul médecin évoque ce traitement, il s'agit du médecin ayant effectué un stage au cours de son externat, en service d'urologie : « *Franchement le vacuum il faut le vendre. Le machin, avec le presse agrumes (rire du médecin) mais ouais (rire du médecin). C'est horrible, c'est trop moche, c'est un tue l'amour »*.

4. Le suivi

Le suivi reste relativement flou. Les réponses n'ont pas toujours été claires. On retiendra que le suivi est essentiellement variable et souvent difficile.

Très peu de médecins évoquent le suivi biologique potentiel, on retiendra qu'un seul d'entre eux précise clairement : « *Au début, tous les trois mois qu'il n'y a pas de problème biologique, d'anomalies de tension ou autre qui pourraient apparaître. »*

Il y a l'évocation des perdus de vue : *« J'attends vraiment qu'ils reviennent après trois mois de Cialis mais ils ne reviennent jamais (rire). »*. Ce paramètre semble être un frein important dans la prise en charge des patients. Ce point sera alors abordé dans la partie « Les freins liés aux patients ».

5. Les rôles du médecin généraliste

a) Le rôle de soutien

La moitié des médecins reconnaît jouer un rôle par l'écoute et la disponibilité pour le patient : *« Comme un vrai appui. C'est surtout de l'écoute savoir qu'on est disponible sur tous les sujets et notamment sur ce genre de problème », « il faut être disponible »*.

b) Le rôle de confident

Le rôle de confident est à différencier du rôle de soutien. En effet comme le montre la citation suivante, la confiance implique le secret, d'où la comparaison avec le curé : *« C'est vrai que le rôle du médecin généraliste parfois remplace le curé, parfois remplace un thérapeute »*.

c) Le rôle de technicien

Une minorité de médecins interviewés ont le sentiment de n'être là que pour répondre à un problème technique : *« Moi j'ai l'impression finalement d'être un technicien, qui doit résoudre un problème et apporter une solution »*

d) Le rôle forcé

Un autre médecin quant à lui préférerait ne pas être impliqué : *« Parce que la sexualité en général, je n'ai pas envie que les gens me racontent leur sexualité. »*

e) Le rôle de prescripteur

Un médecin évoque le fait d'être impliqué dans la prise en charge des plaintes sexuelles en étant prescripteur de médicaments pour la dysfonction érectile : *« On est amené de plus en plus dans la mesure où on est prescripteur de Viagra »*

f) Le doute sur leur rôle

Un des médecins ne nie pas jouer un rôle cependant il évoque le fait qu'il ne s'agit pas réellement d'un problème médical mais plutôt psychologique : *« C'est un sujet sur lequel les patients ne devraient pas consulter leur médecin traitant. Pour moi, c'est plus un problème à parler entre amis, mais pas avec un médecin »*.

g) Le rôle du médecin de famille

Etre généraliste signifie suivre ses patients et connaître leur mode de vie. Il peut donc jouer un rôle dans le quotidien de ses malades y compris dans les plaintes sexuelles : *« C'est parce que je connais leur histoire, les histoires de famille, donc c'est plus facile, notamment pour les conjugopathies »*

6. Les spécialistes

a) Les urologues

A l'unanimité, les médecins généralistes reconnaissent que les urologues jouent un rôle dans la prise en charge de ces hommes. Cependant, il est à noter que selon eux, ils apportent un deuxième avis à différentes situations.

– L'échec du traitement

Les urologues peuvent être sollicités pour prendre en charge les patients qui ne répondent pas aux traitements : *« Si le test thérapeutique avec les médicaments ne marche pas, j'oriente vers un urologue. »*.

– Le patient complexe

Le généraliste a aussi recourt à l'urologue en cas de patient poly pathologique : *« si j'ai un doute, si cela me paraît compliqué et spécifique, je demande un avis uro »*.

– La pathologie prostatique

« Il m'arrive aussi d'envoyer chez l'urologue lorsque j'ai constaté un problème de prostate »

– Les limites du médecin généraliste

La plupart des médecins s'arrête aux patients sans anomalie hormonale. Les perturbations de la testostéronémie semblent à leurs yeux une affaire de spécialiste comme nous l'avons vu dans le paragraphe de la prise en charge chez le patient sans pathologie chronique: *« La testostérone, ça se dose, mais je laisse ça à l'urologue »*.

Les limites concernant les traitements ont déjà été citées précédemment, lorsque les injections intra urétrales ont été abordées. Ces dernières apparaissent comme relevant du spécialiste.

b) Les sexologues et psychologues

Ces spécialistes semblent très controversés. Seuls quelques rares médecins semblent satisfaits d'avoir adressé des patients aux sexologues psychologues. *« Après on a les sexologues. Les retours sont positifs »*

De nombreux points négatifs en ressortent.

– *Doutes sur leurs compétences*

Le sexologue n'est pas un médecin, c'est la raison pour laquelle, la compétence des sexologues psychologues est remise en cause : *« J'oriente facilement vers un urologue, mais un sexologue, il y a de tout. » « un sexologue comme ça n'est pas un diplôme d'état ».*

– *L'efficacité de ces thérapies remise en cause*

Les patients n'ayant pas été satisfaits de la prise en charge psychologique et sexologique, cela pose question aux médecins généralistes quant à l'efficacité de ce traitement non médicamenteux : *« Mais honnêtement, il n'y avait pas un très bon retour, les gens ils y vont une fois »*

– *Le refus des patients*

Les patients peuvent parfois être réticents à la consultation sexologique : *« J'en ai quelques-uns à qui j'ai parlé d'aller voir un sexologue ils ont refusé ».*

c) Les cardiologues

– *Chez les patients cardiovasculaires*

La plupart des généralistes a recours à la consultation cardiologique chez des patients présentant des facteurs de risques cardio-vasculaires, avant la mise en place d'un traitement pour la dysfonction érectile : *« Après quand j'ai des patients avec des problèmes de tension, si je suis un peu à distance de leur bilan, je les adresse au cardio » « Quand je prescris un traitement, il ne faut pas de gros troubles coronariens auquel cas, on demande l'avis du cardio »*

– *En systématique*

La consultation cardiologique en cas de dysfonction érectile ne semble pas la pratique la plus courante. Seul un médecin oriente tous ses patients présentant des plaintes sexuelles au cardiologue : *« je demande avant d'aller voir un cardio, parce qu'à 50 ans, c'est la zone de troubles cardio-vasculaires donc même s'ils n'ont rien, je fais un bilan cardio systématique »*

IV. Les freins à la prise en charge des plaintes sexuelles

1. Freins liés au patient

a) Les émotions

– *La gêne, la honte*

Presque tous les médecins ont conscience de la difficulté pour le patient d'aborder le sujet. La gêne est clairement exprimée par ces hommes qui consultent. Cela témoigne du malaise qu'ils peuvent

ressentir. Ce sentiment représente un frein dans la mesure où le patient se trouve dans l'embarras car il aura du mal à en parler librement et aisément. *« Ils disent que ça les met mal à l'aise », « ça les gêne », « ils viennent en général pour un renouvellement de traitement ou un problème tout autre et parfois les patients sont un peu gênés, ils disent « j'ai un petit truc qui me dérange mais je n'ose pas trop en parler »*

Une autre émotion, très proche de la « gêne » est la honte : *« il y a une espèce de honte à parler de ça »*. Ce sentiment se retrouve dans la conduite d'évitement des patients. En effet, ils abordent le sujet en fin de consultation : *« Ils en parlent en fin de consultation », « C'est souvent en fin de consultation »*

– *L'anxiété*

Cette émotion, dans le cadre des plaintes sexuelles est à percevoir comme une anxiété de performance. Le patient en cas d'échec lors d'une érection, appréhende la suite : *« Une fois que ça n'a pas fonctionné, c'est la catastrophe. C'est la cata, parce que d'emblée, ils se bloquent », « Car ils sont extrêmement angoissés, frustrés, le fait de ne pas y arriver »*

– *La fierté*

Un bon nombre de médecins relèvent le fait que la sexualité d'un homme touche son honneur : *« les hommes qui sont très glorieux avec ça. », « surtout qu'on les sous-estime. » « ça touche au côté orgueil de parler de sexualité »*

– *La compétitivité*

Cette émotion est différente de la fierté. Elle est perçue par le patient envers le médecin généraliste ; c'est-à-dire que le patient peut ne pas vouloir en parler à un médecin homme du fait d'être en concurrence avec ce dernier : *« qu'il préférerait en parler à une femme, parce qu'entre les hommes, il y a toujours de la compétitivité qui fait qu'ils ne peuvent pas en parler à un autre homme » « ils me disent que quand ils ont un médecin homme, il y a le côté rivalité masculine, il y a le côté mâle, et le côté orgueil mâle, surtout s'il s'agit d'hommes qui ont à peu près le même âge que le médecin »*. Il est intéressant de préciser que ce sentiment de compétitivité n'a été évoqué que par des médecins femmes !

b) Les attentes du patient :

– *Un traitement systématique*

La grande majorité des médecins relatent que les patients sont dans une demande de thérapeutique médicamenteuse. C'est une difficulté pour les médecins qui se trouvent dans une situation de

pression de la part du patient : *«j'ai quand même souvent l'impression, que les gens viennent en se disant que «je veux partir avec du Viagra », «Et ils sont assez demandeur du Viagra ou d'un autre », « Ils attendent surtout une prescription de médicament » «qu'on donne la petite pilule pour que ça aille mieux ».*

Un seul médecin partage un point de vue inverse. Il dira alors : *«mais ils n'arrivent pas avec l'idée forcément du Viagra. La demande n'est pas automatiquement médicamenteuse ».*

– *Un résultat immédiat*

Ce frein fait suite dans sa logique à celui de l'émotion « fierté ». Il semble naturel que le patient soit dans l'attente d'un résultat rapide et efficace. Le médecin doit alors répondre à cette demande et pour lui cette exigence est un frein. *« Ils veulent le cachet tout de suite », « un coup de baguette magique ».*

c) Le manque de suivi

La plupart des médecins le constate. Différentes raisons impliquant médecins et patients expliquent ce manque de suivi.

– *Les perdus de vue*

Certains médecins admettent ne pas savoir ce que sont devenus certains de leurs patients ayant consulté pour une dysfonction érectile : *« il y a des perdus de vue. Cinquante- cinquante donc oui, j'ai de la perte ».*

– *Les consultations pour pathologie aigue*

Les patients ayant déjà eu des difficultés à parler de leurs problèmes, les médecins remarquent alors que le sujet peut être abordé au cours de consultations suivantes dans le cadre de pathologies aiguës et non dans le but de rediscuter de ses troubles. *« Moi je leur propose qu'ils soient revus mais il y en a plein que je revois, mais pas forcément pour ça », « Je ne les revois jamais enfin, ils reviennent des fois six mois plus tard, pour une rhinite, mais pas pour ça ».*

– *L'arrêt du traitement*

Un médecin évoque que l'arrêt du traitement de par son prix entraine un arrêt de suivi médical: *«Après il peut y avoir une échappée de ces patients, parce que ce traitement est cher».*

– *La résolution spontanée du problème*

Dans certains cas, le problème étant résolu, les patients n'éprouveront pas le besoin d'être suivi : *« C'est pas forcément qu'ils vont voir quelqu'un d'autre c'est parfois parce que ça peut partir comme c'est venu, donc ils s'en sortent tout seul ».*

– *Le nomadisme médical*

Certains patients changeant régulièrement de médecin traitant, il est alors évident qu'un suivi n'est pas possible : *« après il y a des gens qui viennent vous voir et qui font un certain nomadisme. », « Et malheureusement on les connaît de moins en moins maintenant ça tourne beaucoup »*

d) La proximité du médecin de famille

La moitié des médecins peuvent voir le fait d'être le médecin traitant comme une difficulté dans leur prise en charge. Le sujet étant délicat pour les patients, ils peuvent parfois préférer l'aborder avec quelqu'un d'extérieur : *« Des fois c'est plus facile de parler à quelqu'un qu'on connaît un peu moins que son médecin de famille » « Quand j'étais remplaçante, ça les gênait moins. Ils savaient qu'ils n'allaient pas me revoir ».*

Pour une autre moitié des praticiens, il ne s'agit pas d'un frein mais d'un moteur à la consultation sexologique : *« avec des inconnus c'est pas toujours très évident de parler de sexualité »*

e) Le secret médical

Le patient peut appréhender de parler de ses problèmes intimes de peur que ces derniers soient divulgués. Un médecin précise alors, au cours de l'entretien, qu'il précise pour rassurer ses patients qu'il s'agit d'une consultation confidentielle : *« c'est sous secret médical donc que personne n'est au courant, ça se passe à chaque fois entre lui et le médecin ».*

2. Freins liés aux médecins

« La façon dont le patient perçoit son médecin c'est important »

a) Son sexe

Il s'agit là du frein le plus controversé.

Certains médecins femmes considèrent le fait d'être une femme comme une difficulté : *« il y a le fait que je sois une femme ».* L'une d'entre elle précise, qu'au-delà de son sexe, c'est le physique qui peut être un frein : *« Mon physique, j'ai des gros seins ».* Un autre témoignage montre que le fait d'être une femme peut poser des problèmes avec des patients hommes : *« il y en a qui sont limites de me sauter dessus. »*

En plus d'être une femme, le critère d'âge a de l'influence : *« c'est pas évident. Ce sont des hommes âgés, donc en parler à un jeune médecin femme » « on renvoie quand même l'image d'une femme jeune qui n'a pas l'habitude » « ça me met mal à l'aise qu'un homme de cinquante ans vienne raconter ses difficultés sexuelles. »*

A l'opposé, certaines femmes médecins décriront : *« Il y a beaucoup d'hommes qui préfèrent parler de leur plainte à une femme », « moi je pensais qu'en étant une femme, il ne m'en parlerait jamais. Je suis associée avec un homme, et les patients m'en parlent plus à moi qu'à lui ».*

Quant aux médecins hommes, à l'unanimité, ils pensent que le fait d'être un homme les aide à aborder le sujet de la sexualité plus facilement avec leurs patients hommes: *« d'un homme un homme, en général ça va, ce qui est moins le cas chez la femme. Il y a même des patients qui ne sont pas mes patients et qui sont venus me voir pour ça, parce qu'ils ont un médecin femme », « Comme je suis un homme, je pense que ça se passe plutôt bien, je pense que si c'était une femme, sans machisme, ça se passerait beaucoup moins bien, peut-être ils n'en parleront pas de la même manière »*

b) Sa personnalité

Au-delà du sexe du médecin, il faut tenir compte de sa personnalité : *« que c'est peut-être moi qui me met un obstacle (en parlant des organes génitaux externes). Après, c'est probablement moi qui me met une barrière ».*

Plus clairement exprimé : *« je pense qu'il y a certains médecins qui ne seront jamais très à l'aise avec ça. » « Certains médecins ne portent pas à la confiance et ça quel que soit le sexe du médecin. Donc c'est plus une histoire de personne que de sexe. » « Je crois que c'est profondément individuel, chacun a une approche assez personnelle »*

c) La gêne, le sentiment d'intrusion

Ce sentiment de gêne a été abordé précédemment et concernait le patient. Il s'agit alors d'un sentiment partagé par le médecin qui a parfois l'impression de s'immiscer dans la vie de son patient et qui pense que ça peut être mal perçu. *« J'ai l'impression qu'ils peuvent percevoir que c'est déplacé (en parlant de l'examen des organes génitaux) », « il y en a qui m'ont regardé en se disant « mais qu'est-ce qu'elle me veut ? Qu'est-ce qu'elle me demande ? » » « J'ai l'impression qu'ils peuvent percevoir que c'est déplacé » « j'ai l'impression parfois d'être intrusive »*

Au-delà du fait de se sentir gêné par rapport au patient, certains médecins reconnaissent que ce sentiment leur est propre : *« ils ne doivent pas toujours nous sentir très à l'aise » « je ne suis pas non*

plus très à l'aise sur ce genre de sujet. « Il y a des fois où je me fais violence parce qu'il y a des fois où je ne suis pas très à l'aise »

d) L'abord de la sexualité

— L'attente de la plainte

Les médecins sont unanimes. Ils n'abordent pas, chez les patients consultants, les problèmes de sexualité. Ils n'en parleront que si le patient présente une plainte : *« je pose la question, mais je n'irai pas parler de sexualité à titre systématique »* *«Après je pense que c'est tout de même aux patients de venir voir le médecin pour des troubles de la sexualité « Je ne fais pas un blocage, mais j'ai décidé que je ne poserai pas la question », «Je ne l'aborde pas » ,« C'est quasiment toujours eux qui abordent le sujet », « S'ils ne m'en parlent pas spontanément, je n'en parle jamais ».*

Mais les médecins reconnaissent qu'eux même abordent, de façon plus fréquente, les problèmes de sexualité : *«Donc à mon avis c'est à nous de l'aborder peut-être plus facilement », «de leur poser simplement la question s'ils n'ont pas de soucis si tout va bien sur le plan sexuel. », « Et ne pas hésiter à leur poser la question à l'occasion »*

— Cas particulier des diabétiques, des artéritiques et des syndromes dépressifs

Chez les patients ayant des pathologies qui peuvent entraîner des troubles sexuels, la plupart des médecins abordent spontanément le problème de sexualité.

« Il n'y a que chez les diabétiques, chez qui j'aborde le sujet » « je pose la question, ainsi que chez les diabétiques, les artéritiques » « Alors je n'hésite pas par contre à poser la question. C'est souvent quand j'ai un patient qui me semble en baisse de régime, pas très bien. Pour moi c'est un des critères de dépression. »

— L'intimité

On retiendra : *«Ça touche la sphère très intime », « ça n'est jamais des sujets très évidents à aborder » « Parler de la sexualité des gens j'estime que je n'ai pas à savoir »*

— L'obligation

Certains médecins reconnaissent cette prise en charge comme un devoir : *« On est obligé, il y a des gens qui font de l'échangisme, il y a des homosexuels, il y a ceux qui font des partouzes partout, vous en avez qui consultent parce qu'ils se sont éclatés l'anus, d'autres parce qu'ils se sont coincés un truc dans l'anus. Il y a des fois, où ça nous laisse sans voix »*

e) Le manque d'expérience

De façon honnête, certains praticiens admettent que l'un des freins à la prise en charge peut être leur manque d'expérience : *« Comme ça n'est pas des consultations très fréquentes, que je n'ai pas une grande expérience là-dessus », « c'est peut-être le manque d'expérience »*

f) Le manque de compétence

« Ça n'est pas quelque chose que je maîtrise très, très bien », « j'ai des connaissances très partielles de la situation ça n'est pas forcément quelque chose que j'ai développé. »

g) Le côté humain

Un médecin doit rester neutre et professionnel. Il ne doit porter aucun jugement, mais comme le montre les exemples ci-dessous, c'est parfois compliqué : *« Ce qui est dur c'est de ne pas donner son avis personnel », « on a quand même notre côté humain qui peut prendre le dessus et avec des inconnus c'est pas toujours très évident », « On essaie de rester très professionnel pendant qu'une partie de vous vous dit mais là il va ou? »*

h) Les jeunes médecins

Quelques médecins récemment installés évoquent le fait de ne pas connaître encore suffisamment leur patientèle pour aborder de façon aisée les troubles sexuels : *« Moi ça ne fait que quatre ans que j'exerce, donc je ne connais pas encore très très bien mes patients et leur contexte. Je pense que pour des médecins plus âgés, comme ils connaissent très bien leurs patients, ils verront plus facilement s'il y a de l'angoisse ou autre en général. Et peut-être qu'ils pourront demander si ça se passe bien dans le couple... »*

3. Les freins techniques

a) Le prix du traitement

Les traitements des dysfonctions érectiles ne sont pas remboursés par la sécurité sociale, ce qui constitue un frein à la prise en charge de ces plaintes : *« C'est quand même pas donné ces petites choses-là », « une échappée de ces patients, parce que ce traitement est cher », « je choisis la molécule qu'ils préfèrent pour leur portefeuille » « ou leur générique parce qu'il existe un générique du Viagra qui a la chance de coûter 25 % moins cher du prix de l'autre ».*

b) Les contraintes de temps

Le médecin peut considérer que s'agissant plus, selon lui d'un problème psychologique, cela passe en second plan, après les problèmes purement organiques : *« J'ai une médecine qui est organique et on n'a pas de temps à introduire ça ».*

Le problème d'une consultation chronophage lorsqu'il s'agit de plaintes sexuelles semblent émerger aussi : *« et là c'est parti on en a pour une demi-heure » « le temps qu'on y passe »*

c) Les problèmes pour orienter vers un sexologue

Précédemment, nous avons vu que les sexologues sont très controversés par les médecins. Nous retiendrons ici, que peu de médecins connaissent des sexologues sur leur secteur : *« Comme moi je viens de Rouen, je ne suis pas d'ici, et je n'ai pas encore trouvé » « Je ne connais pas de sexologue ».*

d) Internet

Internet semble dans ce type de plaintes plutôt un outil néfaste. Les médecins à l'unanimité préviennent leurs patients des risques qu'ils encourent. *« Même si je les préviens que c'est n'importe quoi sur Internet ». « On ne peut en aucun cas être sûr de ce que l'on aura comme type de médicaments ».* Cependant pour différentes raisons les patients y ont quand même recours.

– Pour le prix

« Moi je leur dis qu'il ne faut jamais faire ça, parce que oui, c'est moins cher, mais on ne sait jamais ce qu'il y a dedans donc, ils risquent beaucoup plus de choses pour une efficacité quasiment nulle »

– Pour éviter le médecin

« Ils se débrouillent tout seul, ils vont sur Internet, ils essayent de se commander le Cialis ou le viagra sur Internet »

e) La formation des médecins

– A la faculté

Les médecins dans leur grande majorité, considèrent ne pas avoir reçu une formation suffisante pour prendre en charge ces plaintes sexuelles. *« J'ai l'impression que finalement c'est une prise en charge diagnostique que je n'ai jamais appris à la fac. J'ai l'impression que j'ai appris sur le tas, dans mes stages de médecine générale et au cours de ma vie professionnelle. » « Combler les failles de l'enseignement de la fac. », « Les formations faites par la faculté ne sont pas adaptées. », « Nous on était livré à nous-mêmes »*

– Les formations actuelles

Les médecins qui ont effectué des formations au cours de leur carrière ne les trouvent souvent pas adaptées.

« Honnêtement au bout de 2 jours, je me suis trouvé dans la réalité et la réalité ça n'est pas ça. », « moi j'ai fait une formation qui était égale à zéro ».

— *La formation individuelle*

Il semble que les médecins plus âgés considèrent que la meilleure formation concernant la sexualité reste la formation individuelle. Cependant apprendre sur le tas est-ce finalement éthique ?

« Ta formation elle est plus par ta propre curiosité », « Moi j'ai appris sur le tas », « la formation individuelle correspond plus à ma façon de voir les choses ».

RETOUR SUR LES ENTRETIENS

Ces entretiens m'ont permis de rencontrer des médecins généralistes de la région. J'ai eu la chance d'avoir des échanges intéressants sur le plan professionnel mais surtout humain. Il n'y a pas un seul entretien qui ne se soit terminé par une discussion qui allait au-delà du sujet de thèse. Les médecins se sont intéressés à mon parcours professionnel et surtout à mes projets par la suite. Chacun d'entre eux m'a donné des conseils et m'a fait partager leur propre parcours. Ces médecins généralistes émanent de divers horizons. Certains ont toujours été dans le sud de la France, d'autres ont étudié sur Lyon, la ville où j'ai fait mon externat. J'ai rencontré des médecins qui ont eu certains de mes maîtres de stage en tant que stagiaires, des médecins qui ont exercé chez les pompiers, des médecins qui ont pratiqué la médecine d'urgence ...

La thèse est une étape importante dans une carrière médicale. Tous les médecins ont su m'encourager. Ils m'ont tous relaté leur propre thèse.

Je craignais que la sexualité soit un sujet délicat, que les entretiens soient difficiles, mais les médecins qui ont répondu, se sont livrés à moi de façon honnête et il y a parfois eu des grands moments de rire.

DISCUSSION

I. Méthode utilisée

1. Le recrutement de la population

Quatre médecins ont été recrutés par connaissance. Cela peut être un avantage ou un inconvénient. En effet, ce lien peut permettre une meilleure implication du médecin interviewé voulant ainsi m'aider dans ma recherche.

Cependant pour limiter le biais pouvant exister du fait du lien personnel, j'ai tâché d'être rigoureuse en recentrant parfois la discussion à l'aide du guide d'entretien. En effet, les médecins me connaissant, pouvaient parfois s'éloigner du sujet.

Je n'avais aucun lien avec les huit autres médecins, une certaine pudeur à parler de sexualité avec un inconnu constitue peut-être un biais à cette étude.

Un biais est probablement présent du fait que je sois une femme jeune. Un enquêteur homme plus âgé n'aurait peut-être pas eu les mêmes réponses.

Le recrutement a permis d'obtenir une parité homme-femme. Il est important de préciser qu'il ne s'agissait pas d'un échantillonnage raisonné mais que cette proportion égale a été obtenue par le hasard.

Certains refus sont peut être liés au fait que les médecins avaient peur d'être jugés sur leur pratique. Pour d'autre refus, il s'agissait de médecin ne considérant pas avoir suffisamment de consultation en lien avec le sujet d'étude. Il aurait été intéressant de pouvoir évaluer chez ces médecins les raisons pour lesquelles leur patientèle ne les consulte pas pour des plaintes sexuelles.

2. La population étudiée

L'âge précis des médecins interviewés n'a pas été demandé par respect envers ces derniers. On notera qu'autant d'hommes que de femmes sont représentés ce qui est important pour un sujet qui aborde la sexualité des patients.

Concernant les tranches d'âges, la moitié des médecins ont entre 50 et 60 ans mais les autres tranches d'âge sont tout de même représentées.

Leur durée d'installation est très variable ce qui permet d'avoir une population étudiée plus large.

Un biais quant au lieu d'exercice est très probablement présent, aucun médecin exerçant en milieu rural n'est représenté. Les résultats chez les médecins ruraux auraient peut-être été différents car l'accès à des examens complémentaires ou des spécialistes est souvent plus difficile.

3. L'entretien

L'entretien étant réalisé en tête à tête, afin d'obtenir des résultats le moins biaisés possible, l'enquêteur précisait en début d'entretien qu'il serait retranscrit de manière anonyme et n'apparaîtrait pas dans leur intégralité dans le travail de thèse. Cette précision permettait aux médecins de répondre de façon libre et honnête.

4. La retranscription

Les entretiens pour onze d'entre eux ayant été réalisé au cabinet des médecins, un bruit de fond était parfois présent. Lors de la retranscription, il était difficile de bien entendre les dires des médecins. Afin de limiter au maximum ce biais technique, les entretiens étaient retranscrits par l'enquêteur lui-même dans les 24 heures suivantes. Cette retranscription rapide évitait ainsi les biais de compréhension.

II. Les résultats obtenus

1. La problématique des plaintes sexuelles

a) Prévalence et types de plaintes

Les dysfonctions sexuelles sont fréquentes dans la population. Cependant au cours de l'enquête, les médecins traitants n'évoquent presque que les dysfonctions érectiles. Dans l'introduction, nous avons vu qu'il n'existait pas de réel consensus concernant la définition de l'éjaculation précoce. Cette absence de consensus est responsable d'une grande variabilité des prévalences de l'éjaculation précoce dans les enquêtes, allant ainsi de 5 à 30% (18) (28). De plus l'absence de références dans la prise en charge de l'éjaculation précoce en fait toute la difficulté et cela explique peut-être le fait que les médecins n'abordent pas cette plainte sexuelle.

La dysfonction érectile quant à elle est bien définie et sa prévalence dans la population est connue. Elle est estimée à 25% dans la population générale et à 44% chez les hommes de plus de 45 ans (28). Parmi les refus de certains médecin de participer à l'enquête, on a pu retenir que les médecins disaient ne pas avoir suffisamment de patient consultants pour des plaintes sexuelles. On souligne le fait qu'il y a probablement une sous-estimation de la prévalence de ces plaintes par les médecins généralistes.

L'hypersexualité n'a été citée que par très peu de médecins. Il est important de préciser que ce trouble, qui peut être constaté chez des patients traités par dopamine dans la maladie de Parkinson ou dans la maladie des jambes sans repos. Ces troubles du contrôle des impulsions sont appelés : syndrome de dysrégulation dopaminergique (7) (12) et inclue les troubles de l'humeur, les troubles du comportement alimentaire, les achats compulsifs, le jeu pathologique et l'hypersexualité. La prévalence de ce syndrome s'élève à 13.6% et celle du trouble sexuel de ce syndrome est entre 3 et 5% (53).

Une plainte n'a pas du tout été envisagée lors des interrogatoires. Il s'agit de la maladie de Lapeyronie. Sa prévalence est de 0.4% à 3.2% et touche les hommes d'une cinquantaine d'année. A la phase de séquelles, on décrira une déformation de la verge. Les conséquences peuvent alors être une douleur lors de l'érection, une sensation de gêne lors du rapport sexuel mais aussi une insuffisance érectile. En cas de dysfonction érectile, la rigidité de la verge étant faible voir absente, il ne sera pas observé de courbure de la verge. La palpation de la verge doit donc être un examen systématique dans les situations de dysfonction érectile car parfois, ce trouble peut parfois révéler une maladie de Lapeyronie (26).

b) La médicalisation des troubles sexuels

Différencier le problème organique du problème psychologique date de la médicalisation des troubles sexuels. Comme l'explique Alain GIANI, chercheur français en sciences sociales, avant les années quatre-vingt les recherches concernant « l'impuissance » reposaient essentiellement sur des conceptions psychologiques (27). C'est à la suite de la découverte de l'effet de la papavérine sur l'érection que les urologues ont développé l'approche organique de ces troubles. Ces mêmes urologues ont par la suite, établi de nouvelles données de prévalence de l'impuissance, faisant augmenter la prévalence de 3 à 9% en 1990 et à plus de 50% en 1994. En 1993, le Viagra apparaît sur le marché et les laboratoires financent alors la recherche sur les dysfonctions érectiles. Les essais cliniques menés conduiront à reconnaître l'existence d'une forme d'étiologie psychogène "chez la plupart des hommes", qui reste accessible au nouveau traitement. La conception psychologique refait alors surface. Ces données sont en accord avec ce qu'évoquent les médecins interviewés. En effet, la plupart abordent la dysfonction érectile comme un problème psychologique et dans de rares cas, comme un problème organique. Un des médecins, lors de l'enquête, remettait en question son rôle dans la prise en charge des troubles sexuels. C'est finalement l'arrivée des traitements de la dysfonction érectiles qui a médicalisé ce trouble.

c) L'abord de la sexualité

Dans notre enquête il semble évident que les médecins attendent une plainte de la part du patient afin d'aborder le sujet de la sexualité. Selon une thèse récente sur les dysfonctions sexuelles (2), les 61% des patients attendent, à contrario, de leur médecin traitant qu'ils abordent le thème.

L'étude CSF (5) montre que les patients atteints de troubles sexuels consultent peu leur médecin avec 79 à 98.3% des patients qui n'ont pas consulté. Une autre étude (18) soulève cette même problématique mais aussi le fait que ces mêmes patients souhaiteraient que le médecin évoque spontanément les troubles de l'érection. Dans le même sens, en 2003 une étude réalisée auprès de 5099 hommes en France révélait que 25% d'entre eux souffraient de dysfonction érectile avec 44% chez les plus de 45 ans. Cependant seulement 22.2% des hommes concernés consultaient et 36.9% d'entre eux étaient traités (18). Les facteurs qui incitaient le patient à consulter étaient soit l'intervention de la partenaire, soit le fait que le sujet soit abordé par un médecin. Or, comme le montre notre enquête réalisée pourtant douze ans plus tard, le sujet de la dysfonction érectile n'est abordé par aucun des médecins généralistes de façon spontanée. Ils ne recherchent ces troubles que chez des patients ayant des pathologies chroniques telles le diabète. La problématique est que finalement si ni le médecin traitant ni le patient n'aborde le sujet de la dysfonction sexuelle, celle-ci ne pourra pas être traitée. Il semble évident que le nombre de patients pris en charge pour ces plaintes reste faible tout comme le montrait l'étude de 2002. Cependant ces dysfonctions sexuelles ont réellement un impact sur la qualité de vie des patients.

d) Qualité de vie des patients et place de la partenaire

Selon l'enquête CSF (5), 84.4% des personnes interrogées considèrent que la sexualité est « importante ou indispensable » pour l'équilibre personnel. Le point positif de notre enquête montre qu'à l'unanimité, les médecins ont conscience que la prise en charge de ces troubles améliore la qualité de vie des patients.

Dans une étude menée auprès de 1004 hommes, le vécu et la répercussion de la dysfonction érectile étaient analysés. On retient alors que 28% des hommes pensent à leur insuffisance érectile au cours de la journée. Il s'agit bien d'un problème qui les préoccupe. De plus, leur relation avec leur partenaire semble se dégrader du fait de l'apparition des troubles. (29)

Au-delà du fait d'améliorer la qualité de vie du patient, l'étude MALE (45) souligne qu'après correction des troubles par l'administration d'inhibiteurs de la phosphodiesterase (IPDE5) la qualité de vie des partenaires des hommes atteints de dysfonctions érectiles s'améliore également. Or dans notre enquête, ce point n'est pas du tout abordé et les conséquences de ces troubles au sein du

couple ne sont pas évoquées. La notion de couple dans notre enquête intègre la partenaire d'une façon bien différente. Un conflit ou un changement récent de conjointe pouvant expliquer le trouble sexuel est recherché par tous les médecins. La partenaire en tant que facteur déclenchant semble plus intéresser les médecins dans leur prise en charge que la conséquence même de ses plaintes au sein du couple. Il faut rester vigilant car la phrase « changez de partenaire ! » parfois prononcée par le généraliste peut avoir un impact sur le patient et le perturber lorsqu'il est soucieux de rester fidèle ou lorsqu'il est amoureux de sa femme. (31)

Une étude s'intéressant aux partenaires de ces patients, met en évidence le fait qu'elles souffrent aussi de la dysfonction érectile. La conjointe ne doit pas être négligée car elle peut constituer un enjeu majeur dans l'amélioration de la prise en charge. Elle incite souvent l'homme à consulter un médecin spécialiste ou généraliste. Le rôle de soutien et de réassurance de la compagne (92%) aidera le patient à reprendre confiance (16). Notre enquête nous laisse entrevoir que les médecins généralistes n'impliquent peut être pas suffisamment la partenaire dans la prise en charge de ces troubles. Cette dernière peut pourtant être une alliée dans la thérapeutique de ces hommes. Au-delà d'un problème médical d'homme, il s'agit aussi d'un problème qui concerne le couple. Et la prise en charge du couple dans son intégralité n'est pour autant pas une pratique courante si l'on s'en réfère aux médecins interviewés.

2. La prise en charge de ces plaintes

Nous avons dans l'introduction de ce travail, rappelé les recommandations quant à la prise en charge des dysfonctions érectiles par les médecins traitants. Nous avons évoqué aussi le fait que les problèmes d'éjaculation précoce sont moins codifiés et que dans notre travail, les médecins ne l'évoquaient pas. La discussion quant à la prise en charge de ces plaintes s'intéressera alors majoritairement aux dysérections.

Les médecins généralistes semblent pour la plupart adopter une pratique pas toujours en accord avec les recommandations actuelles. (20) Nous comparerons alors la prise en charge de ces « médecins de terrain » avec les recommandations actuelles, parfois difficiles à appliquer en pratique courante.

a) L'interrogatoire

L'interrogatoire semble être la partie de la consultation la plus développée par les médecins dans ce type de plainte. Ils tachent alors de rechercher un facteur déclenchant notamment une conjugopathie, un trouble psychologique. Ces arguments orienteront alors le médecin vers une

étiologie psychogène du trouble. Il demande aussi systématiquement si son patient présente encore une érection matinale témoignant d'une forte participation psychologique.

Le syndrome dépressif n'est pas recherché de façon systématique. La plupart des médecins décrivent tout de même qu'ils tacheront d'évaluer l'état moral du patient sans pour autant pousser l'interrogatoire afin de diagnostiquer une réelle dépression. Certains évoquant plus facilement une « baisse de morale » qu'une réelle dépression.

Nous venons de voir que les généralistes recherchent une cause psychologique pouvant être responsable de la plainte. Le retentissement du trouble sur la vie du patient, quant à lui, n'est pas évalué. Pourtant il faut avoir conscience que la sévérité n'est pas toujours corrélée à l'importance que le patient peut y accorder. C'est donc le retentissement sur la qualité de vie du patient qui importe plus que la sévérité de la dysfonction érectile. Ce n'est que lorsque le patient est affecté par ces troubles qu'il faudra alors le traiter.

L'ancienneté du trouble n'est demandée que par une minorité de médecins. Pourtant, il semble que plus le délai entre l'apparition du trouble et la consultation est long, plus la prise en charge sera difficile. Cet argument aiderait pourtant le médecin à évaluer la sévérité de la dysfonction érectile.

Concernant les antécédents orientant vers une pathologie organique, les médecins de notre enquête, connaissent leurs patients et les suivent souvent depuis longtemps. Ils sont donc informés des différentes pathologies qui pourraient favoriser la dysfonction. En cas de patient non connu du cabinet, les médecins restent vigilants et recherchent des antécédents de diabète ainsi que les facteurs de risques cardiovasculaires. D'autres antécédents peuvent pourtant favoriser les troubles érectiles. La recherche d'antécédents abdomino-pelviens tel qu'un traumatisme du bassin, une chirurgie ou autre ne semble pas courante puisqu'un seul un médecin l'a évoqué. Il en est de même pour la recherche du déficit androgénique lié à l'âge. Une diminution de la libido et ou de la qualité des érections matinales peuvent orienter vers une hypotestostéronémie, pouvant induire une dysérection. Mais les médecins ne recherchent pas ces signes.

La persistance d'une érection matinale est recherché par la plupart des médecins et sert d'argument pour rassurer le patient en lui montrant que l'érection est encore possible. Elle sert également à orienter le médecin, en cas de persistance. Il s'orientera alors plus sur un trouble psychologique que sur un réel problème organique.

Le diagnostic de dysfonction sexuelle posé, les médecins n'approfondissent pas pour savoir si d'autres troubles y sont associés comme un trouble de l'éjaculation. Selon une étude s'intéressant

au cumul de ces troubles (8), chez les hommes de 60 à 69 ans, 44% d'entre eux auraient souffert au moins occasionnellement, à la fois de dysfonction érectile et d'éjaculation prématurée. Il n'est donc pas rare que différentes plaintes coexistent. De plus, nous avons vu que lorsque des troubles s'associent, les recommandations, quant à la prise en charge de la dysfonction érectile, ne peuvent alors plus s'appliquer. Elle devient plus complexe.

L'interrogatoire est développé par les médecins dans le but d'orienter le trouble soit vers une cause psychogène soit vers une cause organique. L'observation principale retenue est que la sévérité du trouble quant à elle n'est pas évaluée.

b) L'examen clinique

Au cours de l'examen clinique, les médecins recherchent les pathologies pouvant être responsables des troubles, d'où la mesure de la pression artérielle ainsi que la recherche des pouls chez la plupart des médecins afin de dépister des anomalies cardio vasculaires. Ils sont donc en accord avec les recommandations. La mesure du périmètre abdominal est recommandée mais non effectuée en pratique. Il s'agit de repérer un syndrome métabolique débutant qui est également un facteur de risque cardio-vasculaire.

L'examen neurologique recommandé est oublié chez la quasi-totalité des médecins. Il faudrait alors rechercher les réflexes ostéo tendineux et cutané plantaires, la sensibilité des membres inférieurs et la recherche d'une anesthésie en selle lors du toucher rectal. En effet, une neuropathie périphérique peut engendrer des troubles de l'érection. Des troubles érectiles et éjaculatoires peuvent être d'origine neurogène. On retrouve deux types d'atteinte. L'atteinte sacrée (S2-S4), est une lésion périphérique, comme dans le cas d'un syndrome de la queue de cheval. Elle sera responsable d'une difficulté d'érection réflexe par stimulation tactile car la lésion atteint le système parasympathique. Le deuxième type d'atteinte est la lésion centrale (T10-T12) qui affecte le système sympathique et entraîne alors la persistance d'une érection réflexe par stimulation tactile mais la disparition de l'érection psychogène (21) (37).

L'examen des organes génitaux et le toucher rectal ne semblent pas être très pratiqués. Ce résultat est étonnant. Il s'agit d'une consultation pour plainte sexuelle et le non examen des organes génitaux est paradoxal. Imaginez un patient consultant pour une dyspnée et auquel on ne réaliserait pas d'auscultation pulmonaire, cela semble improbable. Diverses raisons sont évoquées par les médecins ne réalisant pas ces examens. Certains disent ne pas vouloir être intrusifs, d'autres expliquent qu'en cas de point d'appel, ils orienteront vers l'urologue et qu'ils ne voient pas l'utilité de réaliser deux fois cet examen désagréable. Il en ressort de façon évidente que de nombreux freins sont donc

présents dans la prise en charge d'un problème sexuel ne permettant pas une prise en charge optimale du patient.

L'examen clinique pour ce type de plainte semble se limiter à un examen très général. La sphère génitale qui devrait être examinée de façon systématique n'est malheureusement pas explorée cliniquement par nos médecins.

c) Les examens complémentaires

La biologie pour la plupart des généralistes ne sera prescrite qu'en cas de suspicion d'une origine organique au trouble. Si une étiologie psychologique est avancée et semble plus probable, ils n'auront alors pas recours aux examens biologiques. En cas de facteurs de risque ou de patient présentant des maladies chroniques, ils prescriront un bilan comportant dans la majorité des cas : NFS, ionogramme, urée créatininémie, PSA, glycémie et bilan lipidique.

Que nous suggèrent les recommandations ? Le bilan biologique doit comporter chez l'homme de plus de cinquante ans, un bilan lipidique, une glycémie à jeun (HbA1c si le patient est diabétique connu), une NFS, ionogramme, bilan hépatique, Le dosage de la testostérone biodisponible et du PSA. Ces examens doivent être prescrits que le patient présente des facteurs de risque ou non.

Tous les patients devraient effectuer un bilan de base. Nous avons constaté que les médecins en prenant systématiquement les pouls et la tension, ont alors bien conscience du risque d'atteinte vasculaire en cas de dysfonction érectile. Ils prescrivent alors un bilan aux patients considérés comme présentant des facteurs de risque cardio-vasculaires. Un bilan en systématique permettrait parfois de diagnostiquer une dyslipidémie ou même un diabète chez des patients sans réels facteurs de risques apparents. Une étude de 2003 (48), suivant 174 patients atteints de trouble de l'érection, étudiait l'intrication entre dysérection et anomalies biologiques. Elle retrouvera que 37% de patients atteints de trouble érectile présentaient une anomalie lipidique, 24% une hémoglobine glyquée élevée. On retrouve alors l'importance d'un examen biologique systématique.

Un médecin dans notre enquête s'interroge sur la recherche biologique du déficit androgénique lié à l'âge (DALA). Les recommandations de 2004 ne s'étaient pas prononcées sur la question. Certains préconisaient cette recherche en cas de point d'appel ou de facteurs de risques et d'autre le dosage systématique de testostérone chez les hommes de plus de cinquante ans présentant des troubles sexuels. La conférence de Princeton III de novembre 2010 (41), reprend ce point. Le niveau de testostérone doit alors être demandé. Le DALA longtemps controversé semble aujourd'hui représenter une réelle pathologie à ne pas négliger. Un traitement étant disponible pour le DALA, il

serait dommage de ne pas le prendre en charge. Dans notre enquête peu de médecins l'ont abordé et ceux qui l'ont fait, semblaient ne pas maîtriser ce déficit. Cette pathologie a été intégrée au programme du concours de l'internat depuis peu (15). Les nouveaux médecins seront probablement plus à l'aise dans la prise en charge du déficit androgénique. Pour le moment, il semble que les généralistes préfèrent dans ces situations réadresser les patients aux urologues.

Un médecin nous a parlé du dosage de la TSH. Il ne doit pas être demandé en première intention selon les recommandations. Cependant en cas de point d'appel, ce dosage est préconisé. Il semble étonnant qu'un seul médecin de notre enquête l'évoque. Nous pouvons alors nous demander si les médecins ont la connaissance qu'une dysthyroïdie peut entraîner des troubles sexuels. Pourquoi le dosage n'est-il pas recommandé ? Corona et al (17) ont étudié l'influence des dysthyroïdies sur les dysfonctions érectiles. Ils en concluent que l'hyperthyroïdie clinique est associée à un risque significativement augmenté de dysfonction érectile. Aucune différence significative entre hypothyroïdie et population standard n'est retrouvée concernant les dysfonctions érectiles. Cependant, ils précisent que la prévalence de l'hyperthyroïdie est trop faible pour qu'un dosage systématique de la TSH soit recommandé chez les patients atteint de dysfonction érectile. Les anomalies des hormones thyroïdiennes n'étant pas plus fréquente chez les hommes consultant pour éjaculation prématuré, le dosage de la TSH en systématique n'est pas justifié et doit se limiter aux patients présentant des signes cliniques de dysthyroïdie (11). On comprend mieux pourquoi le dosage des hormones thyroïdiennes n'est pas préconisé en première intention.

La conférence de Princeton III (41) s'intéresse à la prise en charge du risque cardio vasculaire chez les hommes, sans maladie cardio vasculaire connue, souffrant de dysfonction érectile. Son but est d'identifier les patients ayant cette plainte et qui nécessitent une évaluation cardiologique supplémentaire. Il s'agit d'évaluer les co-morbidités, les antécédents familiaux de maladie cardio vasculaire prématurée, le style de vie du patient (alcool, alimentation, tabac, activité physique). L'examen clinique recommandé est la prise de tension artérielle, de la circonférence abdominale, des souffles carotidiens et des pouls fémoraux et pédieux. Nous avons vu que les médecins respectaient cet examen excepté pour la mesure du périmètre abdominal. L'électrocardiogramme doit être pratiqué systématiquement chez tous les patients atteints de dysfonction érectile mais il n'est évoqué par aucun des médecins interrogés.

Au-delà de la biologie et de l'électrocardiogramme, aucun autre examen complémentaire n'est recommandé dans la prise en charge initiale par un médecin traitant. Cette recommandation est appliquée par les médecins puisque dans la grande majorité des cas, ils n'y aura pas de demande

d'examen. On retient cependant que des examens complémentaires, telle une échographie prostatique ou des dopplers artériels pelviens, sont prescrits en cas de point d'appel clinique. Ces examens au-delà de la prise en charge d'une dysfonction sexuelle seront indispensables si des anomalies cliniques artérielles ou prostatiques sont évoquées. Il faudra explorer ces pathologies organiques pouvant avoir d'autres conséquences sur l'état de santé du patient, autre qu'une dysfonction sexuelle.

d) Le cas particulier des patients diabétiques, artéritiques et dépressifs

Cette enquête montre que les médecins ont une bonne connaissance des facteurs de risque pouvant induire des dysfonctions érectiles. Ils différenciaient toujours les patients sans pathologies chroniques des patients atteints de diabète ou de problèmes cardio vasculaires. L'imputation de ces maladies dans les dysfonctions érectiles est bien connue puisque la prévalence de ce trouble chez les patients diabétiques est estimée entre 20 et 67.4% (30).

Une enquête retrouvait une prévalence de dysfonction érectile à 38.1% lors de cardiopathie ischémique et de 56.8% lors de pathologie vasculaire périphérique contre 18.6% dans la population générale (14). Il semble alors que ce trouble soit plus fréquent chez les patients atteints de pathologie cardio-vasculaire.

Les médecins interviewés semblaient très vigilants en cas de dysfonction érectile chez des patients artéritiques. Le recours au cardiologue chez ce type de patients est quasi systématique dans notre enquête. La conférence de Princeton III (41) précise que les patients à bas risque peuvent avoir une activité sexuelle et surtout peuvent débuter un traitement de la dysfonction érectile. Ils ne nécessitent pas plus d'investigation qu'un patient sans pathologie cardiaque. Les patients à haut risque quant à eux, ne peuvent reprendre une activité sexuelle qu'à partir de la stabilisation de l'atteinte cardiaque. Il est alors préférable d'orienter ces derniers aux cardiologues pour des investigations complémentaires. Les généralistes, probablement, préfèrent ne prendre aucun risque et réadresser systématiquement quel que soit le stade de la pathologie cardiaque du patient.

La dysfonction érectile comme l'ont évoqué certains médecins peut être un signe précurseur de maladies cardio-vasculaires occultes. Elle ne doit pas être négligée. De nombreuses études se sont intéressées aux liens entre dysfonction érectile et pathologie cardio vasculaire. Il s'agit alors de ne pas minimiser ce trouble et de le considérer comme un signe d'alarme et un symptôme d'une potentielle maladie cardio vasculaire encore occulte. Comme le soulève le Dr BONDIL (10), cette plainte constitue un marqueur clinique de maladie vasculaire simple car décelable par

l'interrogatoire. Il s'agit de ne pas aborder ce trouble comme un simple paramètre de santé sexuelle mais d'élargir cette vision à un marqueur de santé plus globale.

Les médecins précisent dans notre enquête que parfois ils abordent le sujet des dysfonctions érectiles lorsqu'il s'agit de patient diabétique. En effet, cette pathologie est un facteur de risque de dysfonction érectile (23). Divers mécanismes interagissant entre eux, peuvent l'expliquer: la dysfonction endothéliale, la neuropathie, l'athérosclérose, le retentissement psychologique d'une maladie chronique et l'hypogonadisme. Il est surprenant que chez ces patients, bien connus pour leur risque de neuropathie périphérique, les médecins généralistes n'évoquent pas la recherche des réflexes ostéo tendineux et cutané plantaires ainsi que la sensibilité des membres inférieurs. De plus, dans 10% des cas, l'insuffisance érectile révèle le diabète (19). Tout comme les maladies cardio-vasculaires, ce symptôme sexuel peut parfois permettre un diagnostic précoce d'un diabète. Les médecins dans notre enquête s'intéressent aux patients déjà connus diabétiques mais ils devraient envisager aussi le lien inverse à savoir qu'une dysfonction érectile peut cacher un diabète.

Après avoir vu que la dysfonction érectile peut être un signe précurseur de maladie cardio-vasculaire et de diabète, on retiendra les dires d'un médecin de notre enquête : *«on ne demande pas des prises de sang de manière régulière (....) s'il s'agit de patients qui ne sont pas déjà suivis, ça peut être l'occasion de dépister une éventuelle anomalie »*. Il évoque le fait de diagnostiquer une pathologie lors d'un bilan prescrit chez un patient non connu du cabinet, il aurait été intéressant de connaître son attitude lorsqu'il s'agit d'un patient suivi mais n'ayant pas eu de bilan récent. Lui aurait-il demandé une biologie permettant ainsi de diagnostiquer un diabète ou une dyslipidémie ? Il est important de préciser que ce médecin faisait partie de la faible minorité de médecins prescrivant de façon systématique un bilan biologique.

e) Les inhibiteurs sélectifs de la phosphodiesterase de type 5, contre-indication chez les patients cardiaques?

On retiendra la phrase d'un des médecins lorsqu'il aborde la mise en place d'un traitement : « il ne faut pas de gros troubles coronariens auquel cas, on demande l'avis du cardio, qui est rarement d'accord ». Qu'en est-il réellement ? L'atteinte cardio vasculaire contre indique-t-elle définitivement l'utilisation des inhibiteurs sélectifs de la phosphodiesterase de type 5 ? En cas d'insuffisance cardiaque, si une dysfonction érectile est associée, son traitement commencera par un traitement optimal de cette insuffisance cardiaque. Il faudra alors éviter les traitements pouvant majorer les troubles de l'érection (propanolol spironolactone, digoxine et diurétiques thiazidiques). Par la suite, un traitement par inhibiteur sélectif de la phosphodiesterase de type 5 peut être introduit sous

certaines conditions. Le patient doit avoir une insuffisance cardiaque stable et modérée. Il ne doit pas non plus souffrir d'ischémie myocardique active. (47). L'utilisation des traitements de la dysfonction érectile chez les patients insuffisants cardiaques n'est donc pas une contre-indication absolue mais plutôt relative. On retrouve dans notre enquête des médecins généralistes prudents quant à leurs prescriptions chez ces patients à risque. Il semble alors judicieux de réadresser ces patients aux cardiologues si l'on ne veut pas débiter un traitement et de ne pas partir du principe que l'insuffisant cardiaque ne peut bénéficier d'un traitement en cas de dysfonction érectile.

f) La iatrogénie

La iatrogénie, dans les dysfonctions érectiles n'est plus à prouver. C'est la raison pour laquelle la plupart des médecins s'interrogent sur l'effet iatrogène de certains traitements chez les patients qui consultent pour des troubles de l'érection. Ils évoquent alors essentiellement les effets délétères sur la fonction sexuelle de certains hypertenseurs et des antidépresseurs.

La dépression est caractérisée par une perte de l'élan vital avec notamment une anhédonie qui retentit sur la sexualité du patient. Cette pathologie s'accompagne souvent de dysfonctions sexuelles indépendamment de tout traitement. Cependant les antidépresseurs comme le disent les médecins interviewés, peuvent entraîner eux aussi des troubles sexuels. 25% des patients déprimés présentent une dysfonction érectile et 50% d'entre eux reçoivent un traitement (39). La dépression est donc un facteur de risque de dysfonction sexuelle et l'imputation de ces traitements est évidente. Ces effets secondaires sont parfois responsables d'un arrêt thérapeutique par le patient. On retrouve l'importance de la sexualité pour la qualité de vie de ce dernier et l'importance de la prise en charge des effets secondaires des traitements psychotropes pour une meilleure observance.

Les antihypertenseurs sont largement évoqués par les médecins lorsqu'ils abordent les traitements pouvant entraîner une dysérection. Une dysfonction érectile préexiste chez 15 à 20% des patients hypertendus et lorsqu'il y a un traitement antihypertenseur, cette prévalence est alors de 40 à 50% (49). Il faut tout de même rester vigilant car tous n'ont pas cet effet secondaire. Une revue de la littérature récente (6) retrouve que les diurétiques thiazidiques et les bêta bloquants sauf le nebivolol sont responsables de troubles de l'érection. Les antagonistes sélectifs du récepteur AT1 de l'angiotensine II, les anticalciques, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, quant à eux ne semblent pas influencer. Les médecins de notre enquête citaient fréquemment les bêta bloquants, cette classe thérapeutique est alors bien connue pour ces effets secondaires sur la sexualité des patients.

Les médecins semblent bien connaître les traitements pouvant induire des troubles sexuels. Il n'a cependant pas été étudié dans notre enquête quelle est l'attitude adoptée par les médecins face à ces effets secondaires.

Les traitements alpha-1 bloquants dans l'hypertrophie bénigne de la prostate n'ont pas été cités par les médecins interviewés. Pourtant certains alpha- bloqueurs peuvent certes améliorer la dysfonction érectile mais ils peuvent cependant entraîner des troubles de l'éjaculation (44) (54).

g) La place du médecin traitant et des spécialistes

Actuellement le médecin généraliste est en première ligne du parcours de soin. Il est recommandé aux patients de consulter en première intention leur médecin traitant qui les adressera si nécessaire vers un spécialiste. Il est donc l'acteur principal en soins primaires. Notre enquête évoque les différents rôles qu'il peut jouer. Au-delà de son rôle de médecin dans sa connaissance et la prescription, il est également un confident. Il suit les patients et souvent leurs proches, s'inscrivant alors comme le médecin de famille. Cette situation peut être un avantage comme un inconvénient dans la prise en charge des plaintes sexuelles.

Certains médecins diront alors que du fait de la confiance installée avec le patient, ces derniers pourront se confier plus facilement et en faire un interlocuteur de choix.

D'autres évoqueront le fait que, la proximité peut parfois constituer une gêne pour le patient. Le médecin connaissant souvent la conjointe, ce dernier peut présenter une réticence à aborder le sujet, surtout lorsqu'une conjugopathie est présente.

On retient alors l'ambivalence que peut créer la relation médecin-patient. Certains généralistes insisteront sur le fait que le secret professionnel est respecté, permettant ainsi de renforcer cette relation de confiance. « *D'arriver à discuter, arriver à instaurer une confiance assez complète pour que justement ils arrivent à tout livrer ouvertement et complètement. Et puis ça n'est jamais des sujets très évidents à aborder donc c'est important qu'ils sachent que ça reste dans l'enceinte du cabinet au moment de la consultation et qu'il n'y a pas de jugement de valeur porté.* »

Une étude française (18) montre que 58% des patients préféreraient consulter pour une dysfonction sexuelle leur médecin généraliste. 20% pour le sexologue, 14% pour l'urologue, 5% pour le médecin généraliste autre que le médecin habituel et 1% pour l'endocrinologue. Dans notre enquête un médecin indiquait que certains patients, n'étant pas ses patients habituels, le consultaient. Il expliquait cela par le fait qu'il est un homme et que les patients préféraient aborder ce sujet avec lui plutôt qu'avec leur médecin généraliste femme. C'est une des raisons qui explique peut-être les 5%

de patients qui souhaiteraient consulter un généraliste autre que leur médecin traitant. Ces résultats représentaient le souhait des patients. L'étude évaluait également quel médecin était réellement consulté. Les patients pouvaient citer plusieurs spécialistes. Les chiffres de consultation réelle sont encore en faveur du médecin généraliste tout âge de patient confondu. Une analyse en sous-groupe évaluait l'attitude des hommes de plus de 45 ans. Notre enquête s'étant intéressée aux patients de plus de 50 ans, nous regarderons les résultats chez les plus de 45 ans. Dans cette étude française, 75% des consultations sont pour le médecin généraliste, 26% pour les urologues, 7% pour les sexologues, 7% pour les cardiologues, 5% pour les médecins autres que le médecin habituel, 4% pour les psychiatres, 4% pour les endocrinologues et 1% pour les psychologues.

Cette étude montre le rôle clé du médecin généraliste puisque il reste le spécialiste le plus consulté en cas de plaintes sexuelles. Notre enquête étant réalisée auprès des médecins, les résultats montrent que les généralistes semblent avoir conscience de l'importance qu'ils ont dans cette prise en charge et tous considèrent jouer un rôle. Cependant nous avons vu dans les résultats, en cas de situation complexe, les généralistes font appel aux spécialistes. Il s'agit donc d'une prise en charge multidisciplinaire.

h) La multidisciplinarité

Dans une enquête quantitative (2), les médecins ne prenant pas en charge les dysfonctions érectiles expliquaient cela par la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire.

Comme nous l'avons vu précédemment, certaines pathologies peuvent favoriser l'apparition de dysfonctions sexuelles. Ceci peut expliquer la nécessité d'une prise en charge par différents spécialistes. De plus, du fait des effets secondaires des traitements, un avis cardiologique peut être nécessaire. Les spécialistes les plus couramment impliqués selon les études (18) sont l'urologue, le cardiologue, le sexologue, le psychologue, le psychiatre et enfin l'endocrinologue. Les médecins de notre enquête évoquent les patients diabétiques comme à risque de dysfonction érectile. Cependant aucun d'entre eux ne parlent de réorienter le patient vers un endocrinologue ce qui n'est pas surprenant, actuellement ce sont les médecins généralistes qui assurent le suivi de la majorité des patients diabétiques selon l'inspection générale des affaires sociales parue en avril 2012 sur l'évaluation de la prise en charge du diabète. La Société Française de Médecine Générale confirme ce résultat, le diabète de type 2 est au quatorzième rang des résultats de consultations pour les hommes en 2009. L'étude française montre que seul 1% des patients ont consulté un endocrinologue pour des plaintes sexuelles (18). L'attitude des médecins de notre enquête de ne pas adresser leurs patients à l'endocrinologue ne semble donc pas isolée.

Le cardiologue, pour nos médecins, semble jouer un rôle dans la prise en charge de ces troubles. Ils adressent les patients atteints de pathologie cardio-vasculaires, pour un bilan complémentaire. Ils demandent aussi un avis cardiologique avant d'initier un traitement par inhibiteurs sélectifs de la phosphodiesterase de type 5 chez ces patients. Pour les médecins généralistes, ce spécialiste a donc bien sa place dans la prise en charge de ces troubles mais uniquement si le patient présente des facteurs de risque cardio-vasculaires.

L'urologue reste le spécialiste de choix pour nos médecins traitants. Un deuxième avis est demandé en cas d'échec de traitement, de pathologie prostatique évoquée ou de suspicion de déficit androgénique lié à l'âge. Une thèse quantitative sur les dysfonctions sexuelles illustre ces résultats. Elle retrouve que les médecins généralistes adressent les patients présentant une dysfonction érectile à 82% chez l'urologue, 10% à plusieurs spécialistes, 8% au sexologue (2). Les résultats de cette thèse sont en accord avec ce que nous retrouvons dans notre enquête, à savoir que les généralistes adressent en priorité les patients ayant des troubles sexuels, à l'urologue.

Le sexologue semble avoir une place limitée pour nos médecins, ils sont même très controversés. Trois causes sont principalement retenues : les compétences de ces sexologues remises en cause, l'efficacité de ces thérapies et enfin le refus du patient d'aller à la consultation. Cette dernière est constatée par nos médecins. Ce résultat est en contradiction avec ce que nous avons pu voir précédemment dans une étude française (18). En effet, 20% des patients auraient pour préférence le sexologue comme interlocuteur en cas de troubles sexuels. Une thèse visant à étudier la place du sexologue dans la prise en charge de ces troubles dresse un « profil » des médecins n'adressant pas aux sexologues versus ceux les adressant (2). Il semble alors que les médecins femmes de moins de 50 ans n'ont pas tendance à adresser les hommes vers un sexologue. Notre enquête comportait autant de médecins hommes que femmes et des médecins de tout âge et il ne semblait pas que ces facteurs influent. Certaines femmes de notre enquête orientent vers ce spécialiste et certains hommes quant à eux, n'y ayant pas recours. Cette thèse précisait que les médecins préféraient un avis organique lors de dysfonction érectile. C'est probablement la raison pour laquelle dans notre étude les médecins adressent leurs patients plus volontiers à l'urologue ou au cardiologue. Le manque de référent concernant les sexologues est évoqué(2). On retrouve cet argument dans notre travail car certains médecins déclarent ne pas connaître de sexologue sur leur secteur. Seulement 5 médecins sexologues sont retrouvés dans la région du Var et 11 sexologues pratiquant hors d'un cadre réglementé selon les pages jaunes de l'annuaire. Ce faible nombre de sexologue au sein d'un département en est probablement la cause.

Depuis 1997, il existe une reconnaissance par le Conseil de l'ordre des médecins du diplôme inter universitaire de sexologie. Les non médecins suivant cette même formation ne peuvent plus obtenir de diplôme équivalent à celui des médecins et reçoivent une attestation d'études en sexualité humaine. Seuls les médecins ayant obtenu le diplôme universitaire de sexologie peuvent le mentionner sur leurs plaques et ordonnances et dans la rubrique médecin, à « sexologie », qui a été créée dans les pages jaunes de l'annuaire (55). 68% des sexologues sont docteurs en médecine (pour la moitié il s'agit de médecins généralistes et pour l'autre moitié des spécialistes surtout psychiatres et gynécologues), 12% psychologues diplômés et 21% ont suivi d'autres formations professionnelles (infirmières, éducateurs...). Il se distingue alors trois catégories de professionnels en sexologie : les médecins généralistes 35%, les médecins spécialistes 32% et les non médecins 33% (2). Lorsque les généralistes de notre enquête remettaient en question les compétences des sexologues, il s'agit probablement de cette dernière catégorie de sexologues la plus ciblée.

3. Les différents freins à la prise en charge des plaintes sexuelles

a) Freins liés aux médecins

Une étude réalisée en Malaisie s'est intéressée aux freins que peuvent rencontrer les médecins généralistes dans la prise en charge des patients avec une dysfonction érectile. Nous comparerons essentiellement nos résultats à cette étude. (52)

Dans notre enquête de nombreux freins liés aux médecins sont décrits. On retrouve, le manque d'expérience et de compétence, ces freins sont évoqués dans l'étude qualitative réalisée en Asie (52). On remarquera que le manque d'expérience, est un argument avancé par des médecins récemment installés. Il semble alors difficile de pouvoir améliorer ce paramètre, le temps et la pratique étant ce qui permet d'acquérir de l'expérience par l'intermédiaire de formation par exemple. Cependant à défaut de pouvoir influencer sur l'expérience, il reste possible d'améliorer ses compétences.

Cette même étude asiatique soulevait le problème que les médecins ne considérant pas la plainte sexuelle comme une maladie importante, ils ne s'en préoccupent que peu. On retrouve dans nos entretiens le fait que les médecins ont conscience de la souffrance du patient. Cependant la médecine organique, à savoir traiter les hypertendus, les diabétiques, asthmatiques, est plus importante pour eux. On reprendra alors pour illustrer : « *On ne va pas mourir de dysfonction érectile* » « *J'ai une médecine qui est organique donc je n'ai pas le temps* ». Les généralistes selon notre enquête et l'étude malaise, considérant cette pathologie comme étant la plupart du temps d'origine psychologique, ils prétendent ne pas avoir le temps à lui consacrer, car selon eux, leur médecine est plutôt organique. De plus, une consultation de sexologie demande du temps et le praticien refuse

souvent de le prendre probablement par manque d'intérêt personnel. La problématique liée aux temps passé, évoqué par nos médecins interviewés ainsi que ceux de l'étude malaisienne, n'est-il pas finalement une façon d'exprimer le fait que, selon eux, la dysérection n'est qu'un problème secondaire ? Le paradoxe est que les médecins généralistes n'ayant pas le temps pour ces problèmes psychologique ont tout de même conscience que traiter cette pathologie améliore la qualité de vie de leur patient. Ils devraient alors y accorder plus d'intérêt.

Une étude réalisée auprès d'urologue évaluait les difficultés des patients à consulter. On retiendra que 13.1% des patients disent en avoir parlé à leur médecin traitant et que ce dernier n'a pas répondu à leur demande (38). C'est surprenant de voir que certains médecins ne se préoccupent pas de la plainte sexuelle que présente son patient.

On évoquera aussi le fait que les médecins ont parfois un sentiment d'intrusion dans la vie personnelle lorsqu'ils abordent la sexualité. Cette citation le décrit très bien : *« ça n'est pas toujours bien perçu, les gens peuvent se demander ce qu'on veut, ils ont l'impression qu'on s'immisce dans leur vie »*. Dans la thèse sur les dysfonctions érectiles chez le patient diabétique (30), il est précisé que l'acte sexuel est à risque d'hypoglycémie. Aborder ce problème est une façon pour le médecin d'intégrer dans la prise en charge du diabète le réel quotidien du patient. Ainsi approcher la sexualité permet une meilleure prise en charge de sa pathologie chronique. De plus nous avons vu que certains traitements peuvent parfois avoir pour effets secondaires des dysfonctions sexuelles. L'observance est alors moins bonne. Ainsi dans la prise en charge globale du patient intégrer la sexualité du patient est important.

b) Le sexe du médecin généraliste frein ou moteur à la prise en charge des troubles sexuels masculins ?

Il s'agit là dans notre étude du sujet le plus controversé, avec des avis très différents selon les médecins. Certaines femmes considèrent que leur sexe constitue un frein, d'autres au contraire qu'il s'agit d'un atout. Les hommes quant à eux, à l'unanimité considèrent qu'être une femme est un frein à la prise en charge de ses hommes. Peu d'études sont retrouvées sur le sujet. Une thèse sur le thème de la dysfonction érectile chez les diabétiques évoque cette question (43). On retiendra alors que les problèmes érectiles ont été abordés avec 29.3% des médecins généralistes hommes et seulement avec 13.3% des généralistes femmes. Dans 100% des cas le patient avait dû aborder par lui-même le sujet s'il consultait un généraliste femme contre 72.3% s'il s'agissait d'un homme. Cette étude n'a cependant pas révélé de différence statistiquement significative entre homme ou femme. Les chiffres sont tout de même intrigants et une étude centrée sur le sujet pourrait peut-être démontrer qu'une différence significative est possible. Une autre thèse sur l'abord de la sexualité en

médecine générale (25) soulève cette problématique. Cette étude est réalisée auprès de patientes et il semble que ces dernières préfèrent aborder les problèmes de sexualité avec un médecin femme. L'enquêteur était un homme et les patientes n'ont pas présenté de gêne apparente à parler de sexualité avec lui. Il concluait alors que le sexe du médecin n'était peut-être pas le facteur le plus important mais qu'il s'agissait surtout de la qualité de la relation médecin-patient. Quoi qu'il en soit le sujet du sexe du médecin dans l'abord de la sexualité reste à explorer.

c) La formation des médecins

Il apparaît clairement dans cette enquête que le manque de formation des médecins constitue un frein à la prise en charge des plaintes sexuelles. Une étude réalisée en 2008 auprès d'internes à Saint Etienne soulève aussi cette problématique (50). 47% des étudiants admettaient ne pas avoir été à l'aise pour répondre aux plaintes sexuelles des patients hommes ou femmes. Les raisons principales étaient le manque de formation sur le sujet, un sujet difficile à aborder car tabou, la méconnaissance de la plainte exprimée, la gêne. 84% d'entre eux n'avaient pas reçu de formation universitaire sur la prise en charge de ces plaintes et 81% n'avaient pas reçu non plus de formation extra universitaire. Ce qui est important c'est de noter qu'à 94%, les étudiants estimaient avoir besoin d'une formation sur la thérapeutique, la sexologie, la physiologie, le psychologique et le relationnel spécifique. Cette étude a alors abouti à la discussion de mettre en place un enseignement sur le sujet chez les étudiants en internat à Saint Etienne. Certes il s'agissait d'une enquête sur les internes alors que notre étude se concentre sur des médecins généralistes installés. Cependant, ces internes sont les médecins généralistes de demain et si lors de leur cursus, ils n'ont pas reçu la formation, qu'ils considèrent nécessaire, ce frein persistera par la suite au cours de leur exercice, à moins qu'ils ne fassent la démarche de se former eux même.

Dans notre étude, le lieu de formation n'était pas spécifié. En discutant avec les médecins, j'ai pu constater que le lieu d'internat n'était pas systématiquement la faculté de Nice. Ainsi la problématique de la formation universitaire semble être générale et ne pas se limiter à une seule faculté.

On note aussi que les médecins de notre enquête ayant effectué une formation extra universitaire ne la trouvent pas adaptée. Ces insatisfactions aboutissent au fait que les médecins répondent par la suite, que la meilleure formation reste la formation individuelle. Il serait intéressant de savoir si cette réponse serait identique dans le cas où les médecins auraient reçus une formation satisfaisante selon eux.

Il est possible de faire un diplôme inter universitaire de sexologie. Il s'effectue en 3 ans et réunit les facultés de Nice, Nîmes, Marseille, Montpellier. Son objectif est de donner des connaissances théoriques et cliniques permettant d'évaluer, diagnostiquer et prendre en charge une difficulté sexuelle. (54)

d) La communication

Certains médecins de notre étude proposent l'idée d'une formation sur la communication afin d'aider à mieux aborder et donc à prendre en charge les problèmes de sexualité. *« J'ai fait trois mois d'uro, ça décomplexe. Faire trois mois à palper les testicules de tout le monde, c'est sûr ça décomplexe », « Après une formation peut être très intéressante pour débloquer psychologiquement pour être plus maître ».*

La sexualité étant difficile à aborder, améliorer la communication aiderait alors à mieux discuter avec le patient. L'Association Interdisciplinaire post Universitaire de Sexologie (8) définit différentes règles pour améliorer la communication médecin-patient et favoriser le dialogue.

Tout d'abord il est conseillé de recueillir l'information avec beaucoup de sérieux et de montrer de l'intérêt en adoptant une attitude positive. Il faut se rendre disponible pour maintenir une atmosphère de confidentialité et donc ne pas être dérangé par le téléphone.

Il faut surveiller sa communication non verbale et éviter certaines expressions faciales. Ce point est important car il paraît évident mais il est parfois difficile de l'appliquer. Dans notre enquête les médecins ont répondu de façon sincère en évoquant le fait que parfois, ils sont perplexes par rapport au récit de leurs patients. De plus, nous avons connu lors des entretiens quelques « rires » parfois. Les médecins le décrivent très bien. Ils évoquent le fait que parfois, il est difficile de garder son sérieux face aux patients. On retient la difficulté de garder une expression du visage neutre face à certaines demandes du patient. Plusieurs médecins expliquent dans notre enquête que pour dédramatiser la situation, le rire peut aider : *« Après quand j'en parle, je dédramatise j'essaye de les faire rire pour dédramatiser. Le rire est une arme redoutable à tout point de vue. »*. On retient alors l'ambivalence de cette expression. Le rire doit être là pour aider le patient et non pour se moquer de sa plainte. Il faut pour utiliser le rire correctement bien connaître son patient pour ne pas le vexer.

Il faut adopter une attitude empathique face à la plainte du patient qui peut présenter une gêne, une souffrance ou un sentiment de dévalorisation face à ses troubles sexuels.

Il faut savoir poser les questions simplement pour mieux comprendre le problème tout en respectant la pudeur. Pour être bien compris, il faut savoir utiliser des termes adaptés à la compréhension du malade et pas forcément des termes médicaux.

Il est important de confirmer au patient que le secret médical sera respecté. Nous avons déjà évoqué ce point lorsqu'il était question de la relation de confiance entre le médecin et le patient.

La communication semble primordiale pour une meilleure prise en charge des dysfonctions sexuelles. Le médecin doit être le plus neutre possible afin d'être professionnel mais cette attitude est parfois difficile à adopter. Car comme l'ont évoqué certains médecins de l'enquête, un médecin reste quelqu'un d'humain.

e) Les freins liés aux patients.

Notre enquête a été effectuée auprès des médecins. Ces derniers mettent en avant des freins liés aux patients qui peuvent alors perturber la prise en charge des plaintes.

Certains médecins ont refusé de répondre à l'enquête car ils considéraient ne pas avoir suffisamment de patients concernés. La prévalence de la dysfonction érectile étant importante, on retrouve alors un paradoxe. Une étude analyse le comportement des patients face à la dysfonction érectile. On retient que 42.1% des patients présentant une insuffisance modérée ne consulteront pas, 53.9% pour l'insuffisance moyenne et 49.8% pour une insuffisance sévère (29). Ces chiffres montrent qu'un grand nombre de patients ne consulte pas pour ces troubles. Comme nous l'avons vu précédemment, les médecins attendent une plainte des patients pour prendre en charge les troubles sexuels. Les freins principaux de la prise en charge sont le peu de consultation par les patients pour ces troubles et le fait que les médecins n'abordent que très rarement le sujet de la sexualité.

L'étude PISTE (22) réalisée auprès d'urologues et de sexologues montre 39.6% des patients ont du mal à consulter pour leurs troubles. Diverses raisons sont évoquées. Les patients n'osent pas en parler, ils ne savent pas à qui s'adresser, ils ont peur de ne pas être pris au sérieux et ils pensent qu'il n'y a pas de solution. La gêne est un motif que les médecins généralistes de notre enquête évoquent fréquemment. En effet, les patients ont tendance à aborder le sujet en fin de consultation et il est très rare que le motif premier de la consultation soit les problèmes d'érection. Ils consultent la plupart du temps le médecin pour une pathologie aiguë et par la suite ils abordent le sujet de la sexualité. Il apparaît comme évident que le patient présente une gêne à parler de ses plaintes sexuelles.

Les trois autres motifs évoqués par les urologues et sexologues ne sont pas retrouvés par les généralistes. On notera même que nous avons vu précédemment que les patients préfèrent consulter leur médecin traitant (18). L'argument avancé par les urologues et sexologues est que les patients ne savent pas à qui s'adresser et cela présente donc des discordances avec cette autre étude.

Concernant le fait que les patients pensent qu'aucune solution n'existe, il est donc important de se poser la question de l'information du patient. Nous aborderons ce thème par la suite.

Les généralistes précisent que dans la prise en charge des plaintes sexuelles, ils observent un certain nombre de perdus de vue. Ce manque de suivi constitue alors un frein à la prise en charge, différentes hypothèses ont été évoquées par les généralistes. La résolution spontanée du problème peut être expliquée par le fait que le patient présentant une dysfonction érectile d'origine psychogène, la résolution du facteur déclenchant aboutira au retour à la sexualité antérieure du patient. N'ayant plus de difficulté, le patient ne reconsultera pas son médecin.

L'arrêt du traitement par le patient est aussi évoqué par les médecins. Ne le poursuivant pas, ils ne reconsultent pas. Il faut s'interroger des raisons qui conduisent les patients à arrêter le traitement de l'insuffisance érectile. Le coût du traitement et une mauvaise utilisation d'internet semblent être responsables.

f) Le prix du traitement

Les contraintes financières sont évoquées par les médecins comme un frein à la prise en charge. En effet, ces derniers ne sont pas remboursés dans la plupart des cas. On notera que le tadalafil est remboursé à un taux de 35% chez les patients souffrant de, traumatisme du bassin compliqué de troubles urinaires, séquelles de la chirurgie ou de la radiothérapie abdominopelvienne, séquelles du priapisme neuropathie diabétique avérée, sclérose en plaques (33). La plupart des patients ne sont donc pas remboursés et le prix élevé peut être une difficulté chez certains qui n'ont pas les moyens suffisants. Un médecin de notre enquête explique que les patients consultent différentes pharmacies afin de trouver celle qui aura le prix le plus bas. Le médecin se doit donc d'informer le patient des variations de prix en fonction des pharmacies afin de trouver un traitement le moins coûteux possible. Un autre médecin quant à lui précise qu'il n'a aucune préférence quant aux différents traitements et qu'il choisit alors celui que « *le portefeuille des patients préfère* ». Le non remboursement par la sécurité sociale est bien un frein. L'incidence de ces troubles étant élevée, la prise en charge de ces traitements constituerait un coût important pour la sécurité sociale. Cependant, nous avons vu que prendre en charge ces plaintes améliorerait la qualité de vie des

patients. De plus chez le patient dépressif et l'artéritique, une mauvaise observance peut être liée au fait que leur traitement antihypertenseur ou antidépresseur a un retentissement sur leur fonction sexuelle. Un remboursement des inhibiteurs sélectifs de la phosphodiesterase de type 5 est alors à discuter avec la sécurité sociale en avançant ces arguments.

Pour pallier à ce prix élevé, les patients ont parfois recours à internet.

g) Internet

Les médecins évoquent l'utilisation d'internet pour se procurer du Viagra de façon illégale à des prix plus bas que ceux vendus en officine sur une ordonnance. J'ai moi-même réalisé l'expérience, le sildénafil est accessible en ligne pour moins de 1 euro le comprimé. Certains sites prônent même l'utilisation de ce médicament à d'autres fins comme lutter contre la fatigue due au décalage horaire ou pour mieux tolérer l'altitude chez les alpinistes. On note alors les dangers d'internet quant à l'utilisation du sildénafil (57). Une étude réalisée en 1999 estimait entre 4500 et 15000 le nombre de pages web délivrant du Viagra sans ordonnance. Il est important de savoir et d'informer le patient que 50 à 90% des médicaments vendus sur internet sont des contrefaçons (24). Les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 sont les médicaments les plus contrefaits en Europe.

Les médecins informent les patients des risques qu'ils encourent à commander des traitements sur des sites web. Cependant en France, 12% des patients ayant une ordonnance ont recours à cette technique pour se procurer le traitement (36). Un médecin évoquait le placebo « *Malheureusement sur Internet, on ne peut en aucun cas être sûr de ce que l'on aura comme type de médicament et les journaux font le relais des contrefaçons massives qui sont saisies par les douanes. D'un autre côté si le placebo remplace le Viagra, qu'ils bandent comme des cochons, c'est que c'est pas mal non plus.* ». Les traitements délivrés sur internet peuvent en effet être soit un placebo soit une dose aléatoire de traitement. Le plus dangereux reste le remplacement de la substance par un produit toxique pouvant créer des effets indésirables.

En cas d'inefficacité du traitement acheté par internet, les patients peuvent ne pas avoir envie de poursuivre la prise en charge. Ils considéreraient le traitement comme inefficace alors qu'en réalité, il l'est par manque de substance active. Internet joue dans cette situation, un frein majeur à la prise en charge de ces hommes qui ne poursuivront pas, du fait d'un traitement obsolète.

Selon la loi européenne, il est désormais légal d'acheter ces traitements sur internet, à condition d'avoir une ordonnance rédigée par un médecin qualifié. Il est important que les patients soient vigilants lorsqu'ils choisissent leur fournisseur. Une pharmacie en ligne sérieuse fait remplir un

formulaire au patient qui doit remplir un questionnaire sur son état de santé et ses antécédents. Un docteur autorisé décide si le traitement peut être prescrit et rédige s'il n'y a pas de contre-indications, l'ordonnance.

PROPOSITIONS

Nous avons évoqué au cours de cette thèse différents freins à la prise en charge. Il semble qu'une bonne formation médicale sur les troubles sexuels aiderait les médecins généralistes à améliorer leur prise en charge. Il s'agirait aussi de les former à mieux communiquer avec leurs patients. De plus, si les limites budgétaires liées au non remboursement étaient levées, cela faciliteraient la prise en charge.

Il est possible à la suite de ce travail, d'émettre des propositions pour améliorer la prise en charge des plaintes sexuelles chez les hommes de plus de cinquante ans.

L'information du patient

Les plaintes sexuelles ne sont prises en charge par les médecins généralistes qu'en cas de plainte. Il faut alors que le patient ait connaissance de ces troubles et sache qu'il s'agit d'une pathologie médicale. Les moyens d'information sont variés. 71% des patients ont entendu parler de ces pathologies à la télé ou à la radio, 39% par l'intermédiaire d'amis, 23% dans des brochures médicales, 20% dans des magazines santé, 17% dans la presse générale, 11% par la partenaire et seulement 8% par le médecin. (18). Dans notre enquête, il était demandé aux médecins s'ils avaient des idées pour améliorer la prise en charge de ces plaintes. Les généralistes évoquaient la plupart du temps le problème d'information des patients. Les médecins suggéraient de renforcer la publicité pour que le patient soit mieux informé. « *Je pense qu'il faut insister sur la publicité, qu'il y ait des affiches dans chaque cabinet médical, au moins une pour dédramatiser la situation et pour briser le tabou* ». Les médecins pensent se perfectionner à travers une formation mais surtout, ils veulent un meilleur accès à l'information pour que le patient puisse aborder le sujet sans crainte. Cela concorde avec le fait que les médecins attendent une plainte pour aborder le sujet de sexualité. Les résultats exposés précédemment montrent que la télévision et la radio seraient les meilleurs moyens. Il est tout de même inquiétant de voir qu'une minorité de patients ont entendu parler de ses troubles par leur médecin traitant. Un médecin de notre enquête précise « *il faudrait que l'on aborde le sujet plus souvent* ». Il reconnaît alors que certes l'information du patient aidera à la prise en charge mais que les médecins de leur côté devront aussi s'investir plus. Il peut être intéressant que ce dernier évoque le sujet par une question simple « *Etes-vous satisfait de votre vie sexuelle ?* » lors des consultations de suivi de pathologie chronique, de renouvellement d'ordonnance. Cette question ouverte et peu intrusive, permettrait ainsi au patient de pouvoir parler de ces troubles sexuels, s'il en a envie et qu'il en éprouve le besoin.

L'évolution de la société

L'abord de la sexualité est récent. Il s'agissait il n'y a pas si longtemps d'un sujet complètement tabou. *« Au début de notre exercice, c'est quelque chose qui était tabou et pas du tout abordé. Il n'y avait même pas de viagra. On commençait la chirurgie de la prostate, on n'était pas confronté à ça, c'était complètement tabou. »*. Aujourd'hui ce frein persiste mais il semble tout de même que la sexualité tend à devenir un thème qui commence à s'installer en médecine. L'évolution des mentalités permettra peut-être, à la fois aux médecins mais aussi aux patients de parler de sexualité sans aucunes craintes. *« On s'est beaucoup intéressé au cœur, on peut aussi s'intéresser à la fonction sexuelle, à la fonction génitale c'est tout à fait quelque chose qui peut être envisagé, pourquoi s'intéresser plus à droite qu'à gauche. »*

La place des urologues et du médecin généraliste

Il semble, à travers ce travail de thèse, que le médecin généraliste joue un rôle important dans la prise en charge des plaintes sexuelles. En effet, l'urologie est une spécialité médico-chirurgicale qui tend de plus en plus vers une spécialité chirurgicale. Les urologues semblent s'éloigner des problèmes d'andrologie. S'agit-il d'un manque de temps ou d'un désintérêt ? Quoi qu'il en soit, le médecin traitant doit alors faire face à la demande des patients et aura recours à l'urologue en cas d'échec thérapeutique.

CONCLUSION

Nous avons pour objectif de comprendre comment les médecins généralistes réagissent face à une plainte sexuelle chez un homme de plus de cinquante ans. Tout au long de ce travail de thèse, nous avons constaté que ce type de consultation est particulièrement difficile pour les médecins traitants. Aujourd'hui encore, la sexualité reste un sujet délicat à aborder constituant un frein majeur à une bonne prise en charge.

Plusieurs remarques semblent s'imposer.

La plainte principale retrouvée par les médecins est la dysfonction érectile et sa prévalence chez les patients de plus de cinquante ans est élevée. L'éjaculation précoce et la baisse du désir ne sont presque jamais abordées par les médecins interviewés. Il est important de noter qu'à l'unanimité, les généralistes considèrent que la prise en charge médicale de la dysérection améliorera la qualité de vie des patients. Cependant, les médecins attendent une plainte de la part du patient et ce dernier quant à lui n'ose aborder le sujet. Il en résulte alors un défaut de prise en charge.

La prise en charge médicale des généralistes n'est pas toujours en adéquation avec les recommandations. Pour l'expliquer, les médecins remettent en cause le manque de formation qu'ils ont pu recevoir. C'est donc parfois le défaut de connaissance qui est responsable de la divergence entre réalité et recommandations. Cependant, d'autres freins peuvent justifier leur attitude. On retient que l'abord de la sexualité est souvent délicat. Le médecin a parfois le sentiment de s'immiscer dans l'intimité du patient limitant l'abord du sujet avec ce dernier et rendant l'examen des organes génitaux ainsi que le toucher rectal difficile. De plus, selon eux le problème est essentiellement de cause psychogène et le manque de temps ne laisse qu'une place limitée à ce type de plainte.

Il est important de noter que les médecins généralistes différencient les patients sans pathologie chronique des patients atteints de diabète ou de pathologie cardio vasculaire. Ces derniers étant connus comme à risque de dysfonction érectile, les médecins seront très vigilants et auront tendance à rechercher une étiologie précise et orienter vers une cause organique aux troubles. Un bilan biologique sera alors souvent demandé. Chez les patients sans pathologie chronique, les médecins évoquent souvent l'origine psychogène et généralement aucun bilan ne sera demandé. Un test thérapeutique de première intention est souvent proposé au patient. Concernant les thérapeutiques utilisées, les généralistes se limitent presque tous aux inhibiteurs sélectifs de la phosphodiesterase de type 5, les injections intra caverneuses semblent être du domaine du spécialiste.

Il ressort de cette étude que le médecin généraliste sait qu'il joue un rôle primordial dans la prise en charge de ces plaintes mais qu'il s'agit avant tout d'une prise en charge multidisciplinaire, intégrant alors l'urologue lors de situations complexes et le cardiologue de façon systématique chez des patients ayant des facteurs de risques cardio-vasculaires. Dans cette thèse, la place du sexologue est encore fortement discutée et la grande majorité n'y a pas recours.

Les traitements de la dysfonction érectile n'étant pas remboursés, pour des raisons budgétaires, certains patients ne pourront se traiter. Internet joue alors un rôle de par le marché parallèle qui s'installe, présentant à la fois un risque pour les patients mais aussi une limite pour les médecins dans leurs suivis. L'espoir de voir un jour ces traitements remboursés permettra peut-être d'améliorer la prise en charge des troubles sexuels.

Ce travail tend à prouver que de nombreuses améliorations sont encore à faire dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles. Le médecin généraliste doit surtout avoir conscience que peu de patients oseront aborder le sujet de la sexualité par eux même, c'est donc à lui d'initier ce sujet de façon plus régulière. Une formation médicale ainsi que sur la communication aideront les médecins de soins primaires à se sentir plus à l'aise pour traiter mais aussi pour mieux appréhender le thème de la sexualité, encore difficile à aborder de nos jours.

BIBLIOGRAPHIE

(1) : AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM 5, 2013

(2) : ANDRADE.J. Dysfonctions sexuelles et parcours de soins. La place du sexologue. Enquête auprès de 105 médecins généralistes. Creteil, 2008.

(3) : ANONYME. Petit manuel de Pharmacovigilance et Pharmacologie clinique. Revue prescrire, 2011, vol. 31, p. 412-423.

(4) : ASSOCIATION FRANCAISE D'UROLOGIE, urofrance.org. Troubles de l'érection Chapitre 20, item 122 (item 338)

(5) : BAJOS.N, BOZON.M, BELTER.N. Enquête sur la sexualité en France: pratique, genre et santé. Paris: la découverte, 2008.

(6) : BAUMHÄKEL.M, SCHLIMMER.N, KRATZ.M, HACKET.G, JACKSON.G, BÖHM.M. Cardiovascular risk, drugs and erectile function- A systematic analysis. International Journal Of Clinical Practice, 2011, vol. 65, p. 289-298.

(7) : BAYARD.S, DE COCK.VC, DAUVILLIERS.Y. Le syndrome de dysrégulation dopaminergique dans la maladie de Parkinson et le syndrome des jambes sans repos. Gériatrie et psychologie neuropsychiatrique du vieillissement, 2011, vol. 9, n°2.

(8) : BEJIN.A. Epidémiologie de l'éjaculation prématurée et de son cumul avec la dysfonction érectile. Andrologie, 1999, vol. 9, n°2, p. 211-225.

(9) : BONDIL.P. Vieillesse sexuelle; mythes et réalités biologiques. Sexologie, 2008, vol.17, p.152-173.

(10) : BONDIL.P, DELMAS.V. L'« angor de la verge » ou la révolution actuelle de la dysfonction érectile. Progrès en urologie, 2005, vol. 15, p. 1030-1034.

(11) : BOUJAOUDÉ.G, BUVAT.J. Faut-il doser les hormones thyroïdiennes chez les hommes consultant pour éjaculation précoce ? Médecine sexuelle, 2007, vol.1, n°1, p. 62-64.

(12) : BURKHARD.P, LUSCHER.C, CATALANO CHIUVE.S, GRONCHI PERRIN.A, VINGERHOETS.F, BERNEY.A. Trouble du contrôle des impulsions et maladie de Parkinson. Revue médicale suisse, 2008, vol. 4, p. 1145-1150.

- (13)** : CALVET.C, MARTIN.K, ROBERT.G, MOORE.N, EFTEKHARI.P, FARGHAL.H, MOLIMARD.M, BALLANGER.P. Traitement de la dysfonction érectile par les inhibiteurs de la phosphodiesterase-5 et troubles oculaires par neuropathie optique ischémique antérieure non artérielle (NOIAN). Progrès en urologie, 2007, vol. 17, p. 920-927
- (14)** : CHEW.KK, EARLE.CM, STUCKEY.BG, JAMROZICK.K, KEOGH.EJ. Erectile dysfunction in general medicine practice : prevalence and clinical correlates. International Journal of Impotence Research, 2000, vol. 12, p. 41-45.
- (15)** : COLLEGE DES ENSEIGNANTS D'ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES. Polycopié national d'endocrinologie, 2010, Item n°338. p. 363-371.
- (16)** : COLSON.MH. Les femmes face à la dysfonction érectile: problème d'homme, regards de femme. Progrès en urologie, 2005, vol. 15, p.710-716.
- (17)** : CORONA.G, PETRONE.L, MANUCCI.E, JANNINI.E, MANSANI.R, MAGINI.A, GIOMMI.R, FORTI.G, MAGGI.M. Psycho-biological correlates of rapid ejaculation in patients attending an andrologic unit for sexual dysfunction. European Urology, 2004, vol. 46, p. 615-622.
- (18)** : COSTA.P, AVANCES.C, WAGNER.L. Dysfonction érectile: connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5099 hommes âgés de 18 à 70 ans. Progrès en urologie, 2003, vol.13, p. 85-91.
- (19)** : COSTA.P, GRIVEL.T, GIULIANO.F, PINTON.P, AMAR.E. La dysfonction érectile: un symptôme sentinelle. Progrès en urologie, 2005, vol. 15, p. 203-207.
- (20)** : CUZIN.B, COUR.F, BOUSQUET.PJ, BONDIL.P, BORNIEBALE.M. Recommandation aux médecins généralistes pour la prise en charge de première intention de la dysfonction érectile (réactualisation 2010). Sexologie, 2011, vol.20, p. 66-79.
- (21)** : DEAN.R, LUE.T. Physiology of penile erection and pathophysiology of erectile dysfunction. Urologic Clinics of North America, 2005, vol. 32, p. 379-395
- (22)** : DESVAUX.P, CORMAN.A, HAMIDI.K, PINTON.P. Prise en charge de la dysfonction érectile en pratique quotidienne: Etude PISTES. Progrès en urologie, 2004, vol. 14, p. 512-520.
- (23)** : DROUPY.S. Diabète et dysfonction érectile. Médecine clinique endocrinologie et diabète, 20012, n°56, p. 29-35.

(24) : EYSENBACH.G. Online prescribing of sildenafil (Viagra) on the world wide web. Journal of Medical Internet Recherche, 1999, vol.1

(25) : FIEVET.C. Comment aborder le sujet de la sexualité en consultation de médecine générale, Enquête qualitative auprès de patiente à la Réunion. Nice, 2014. Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine.

(26) : FRITSCH ANDRIEU.N, KLEINCLAUSS.F. Traitement de la maladie de Lapeyronie. Progrès en urologie, 2009, vol. 19, n°12, p. 902-906.

(27) : GIAMI.A. Le gouvernement des corps. De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destins de la médicalisation de la sexualité. Paris, éditions EHESS, 2004, p. 77-108.

(28) : GIAMI.A Socio-épidémiologie de l'éjaculation prématurée. Sexologies, 2013, vol. 22, Issue 1, p. 42-48.

(29) : GIULIANO.F, CHEVRET-MEASSON.M, TSATSARIS.A, REITZ.C, MURINO.M, THONNEAU.P. Prévalence de l'insuffisance érectile en France : résultats d'une enquête épidémiologique menée auprès d'un échantillon représentatif de 1004 hommes. Progrès en urologie, 2002, vol. 12, p. 260-267.

(30) : GOURBES.O. Dysfonctions érectiles du patient diabétique de type 2. Bordeaux, 2013. Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine.

(31) : GRAFEILLE.N. Pourquoi les hommes consultent-ils si tard ? Sexologie, 2006, n°26.

(32) : HAUTE AUTORITE DE SANTE. Commission de la transparence, Caverjectdual®, 20 juillet 2005.

(33) : HAUTE AUTORITE DE SANTE. Commission de la transparence. Avis du 02 mars 2005 Cialis®.

(34) : HAUTE AUTORITE DE SANTE. Commission de la transparence, Edex®, 20 octobre 2010.

(35) : HENRY.N, ROUPRET.M, CIOFU.C , GATTEGNO.B, THIBAUT.P, HAAB.F, BELEY.S. Prise en charge de l'éjaculation prématurée chez le sujet adulte. Progrès en urologie, 2008, vol.18, p. 566-569.

(36) : JACKSON.G, ARVER.S, BANKS.I, STECHER.VJ. Counterfeit phosphodiesterase type 5 inhibitors pose significant safety risks. The International Journal of Clinical Practice, 2010, vol. 64, p. 497-504.

- (37)** : LE BRETON.F, JOUSSE.M, VEROLLET.D, RAIBAUT.P, AMARENCO.G. Suivi des syndrome de la queue de cheval après chirurgie lombaire. Entretiens de Bichat, entretien de rééducation, 2010, vol. 13, p. 9-14.
- (38)** : LEMAIRE.A, COLSON.M-H, ALEXANDRE.B, BOSIO-leGOUX.B, KLEIN.P. Pourquoi les patients qui ont des difficultés sexuelles ne consultent-ils pas plus souvent? D'après une enquête française de l'ADIRS. Sexologie, 2009, vol. 18, p. 32-37.
- (39)** : MARTIN-DU PAN.R, BAUMANN.P. Dysfonctions sexuelles induites par les antidépresseurs et les antipsychotiques et leurs traitements. Revue médicale suisse, sexologie, 2008, vol. 4, p. 758-762.
- (40)** : METZ.ME, SEIFERT.MH, Men's expectations of physicians in sexual health concerns. Journal of sex & marital therapy, 1990, vol. 16, p. 79-88.
- (41)** : NEHRA.A, JACKSON.G, MINER.M, BILLUPS.KL, BURNETT. AL, BUVAR.J, CARSON.C, CUNNINGHAM.GR, GANZ.P, GOLSTEIN.I, GUAY.AT, HACKETT.G, KLONER.RA, KOSTIS.j, MONTORSI.P, RAMSEY.M, ROSEN.R, SADOVSKY.R, SEFTEL.AD, SHABSIGH.R, VLACHOPOULOS.c, WU.FC. The Princeton III Consensus Recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease. Mayo clinic proceedings, Journal Elsevier, 2012, vol. 8, p. 766-778.
- (42)** : MUAMMER.K, EMAD.S, HELLSTROM.W. Dapoxetine, a novel selective serotonin transport inhibitor for the treatment of premature ejaculation. Therapeutics and Clinical Risk Management, 2007, vol. 3, p. 277-289.
- (43)** : PALAZZI.J. Dysfonction érectile du diabétique et attitudes des médecins généralistes et endocrinologues : enquête auprès de 130 patients. Creteil, 2006. Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine.
- (44)** : Randone.d.f. Hyperplasie prostatique bénigne et santé sexuelle. Revue médicale suisse, 2007, n°104.
- (45)** : ROSEN.RC, FISCHER.WA, NIEDERBERGER.C, NADEL.A, SAND.M et al. The multinational Men's Attitudes to Life Events of Sexual medicine (MALES) study. Current medical research and opinion, 2004, vol. 20, n°5, p. 607-617.
- (46)** : SEISEN.T, ROUPRET.M, COSTA.P, GIULIANO.F. Influence de l'âge sur la santé sexuelle masculine. Progrès en urologie, 2012, vol.22, p. 7- 13.

(47) : SEKORANJA.L. Insuffisance cardiaque et dysfonctions sexuelles. Revue médicale suisse, sexologie, 2008, vol.4, n°150, p. 763-767.

(48) : SOLOMON.H, MAN.J, WIERZBICKI.AS, O'BRIEN.T, JACKSON.G. Erectile dysfunction: cardiovascular risk and the role of the cardiologist. International Journal of Clinical Practice. 2003, vol. 57, p. 96-99.

(49) : STEPHAN.D, GAERTNER.S, BERTRAND.D, QUELET.J. Dysfonction érectile et traitement antihypertenseur. Andrologie, 2008, Vol. 18, p. 137-139.

(50) : VALETTE.J. Enseigner la prise en charge de la plainte sexuelle. Exercer, 2008, vol. 81, p. 49-51.

(51) : Vidal, 2014, monographie du Cialis®

(52) : WAH-YUN.L, CHIRK-JENN.N, NGIAP-CHUAN.T, WAN-YUEN.C, HUI-MENG.T. Management of erectile dysfunction: barriers faced by general practitioners. Asian journal of andrology, 2004, vol.6, p. 99-104.

(53) : WEINTRAUB.D, KOESTER.J, POTENZA.M, SIDEROWF.A, STACY.M, VOON.V, WHETTECKEY.J, WUNDERLICH.G, LANG.A. Impulse control disorder in Parkinson disease. A cross-sectional study of 3090 patients. Archives of neurology, 2010, vol. 67, p. 589-595.

(54) : WISSARD.H, LEISINGER.J Hyperplasie bénigne de la prostate et troubles sexuels. Revue médicale suisse, 2005, n° 44.

Références internet :

(55) : portail.unice.fr/médecine/fmc/DIU

(56) : www.nice.cnge.fr

(57) : www.traiterlade.com Vente VIAGRA : Seulement 0.97€ Par Comprimé

ANNEXES

1. Annexe 1 : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN :

Les plaintes sexuelles chez les hommes de plus de 50 ans.

1) Le patient : plaintes et attentes

Pour quels types de plaintes sexuelles vos patients vous ont-ils déjà consulté ?

Quel lien existe-il selon vous entre trouble sexuel et qualité de vie des patients ?

Selon vous, qu'attendent les patients présentant des plaintes sexuelles de leur médecin traitant ?

2) Le rôle du médecin généraliste et ses ressentis

Prises-en en charge médicale

Rappelez-vous un patient qui arrive à votre cabinet qui se plaint de troubles sexuels quelle prise en charge lui proposez-vous concernant l'interrogatoire l'examen clinique les examens complémentaires etc. Quel est votre démarche?

Quelle prise en charge proposez-vous aux patients de plus de 50 ans, qui vous consultent pour des plaintes sexuelles ?

Thèmes à aborder : examen clinique, bilan, examens complémentaires, thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses, suivi des patients...

Si ces thèmes ne sont pas du tout abordés par le médecin généraliste, voici quelques idées de questions pouvant relancer la discussion.

Que pensez-vous des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses disponibles pour ces patients ?

Quel suivi instaurez-vous pour ces patients ?

Difficultés rencontrées, ressenti du médecin généraliste :

Quel sont selon vous les difficultés à la prise en charge des plaintes sexuelles chez ces hommes ?

Comment percevez-vous le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des patients de plus de 50 ans qui ont des plaintes sexuelles ?

Comment abordez-vous, en tant que médecin traitant, la sexualité avec vos patients ?

Auriez-vous des idées pour améliorer la prise en charge de ces plaintes sexuelles ?

Si ce point n'est pas abordé dans les idées : Que pensez-vous de la formation des médecins sur ce thème ?

A propos de vous :

Êtes-vous un homme ou une femme ? Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ? Travaillez-vous en milieu rural, semi-urbain ou urbain ? Depuis combien de temps êtes-vous installé dans votre cabinet ?

2. Annexe 2 : Introduction orale auprès des médecins traitants lors des entretiens

« Tout d’abord merci de participer à l’élaboration de ma thèse. Il s’agit d’une thèse sur les plaintes sexuelles chez les hommes de plus de cinquante ans visant à mieux connaître comment les médecins généralistes réagissent face à cette plainte.

C’est une thèse qualitative semi-dirigée ; à savoir que j’ai réalisé un guide d’entretien visant à orienter la discussion.

Si vous êtes d’accord, j’aimerais enregistrer notre entretien afin de le retranscrire. Il s’agira d’un entretien anonyme pour ma thèse. L’intégralité de notre entretien ne sera pas retranscrite dans mon travail de thèse. Je n’utiliserai que des citations. Vous pouvez donc parler librement.

La durée de l’entretien est libre.

Si vous le souhaitez, je pourrais vous transmettre par mail la retranscription de notre entretien et mon travail de thèse »

SERMENT D'HYPPOCRATE

«Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour former les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par le soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leur famille dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

RESUME

Contexte

Le vieillissement de la population conduit à une évolution de la pratique médicale. Aujourd'hui, la sexualité des hommes de plus de cinquante ans est bien une réalité. Les plaintes sexuelles chez ces quinquagénaires sont fréquentes. L'objectif de notre étude est de savoir comment les médecins généralistes réagissent face à ces plaintes.

Méthode

Cette étude transversale descriptive, réalisée auprès des médecins généralistes, a utilisé une approche qualitative par entretien individuel semi-dirigé. Le guide d'entretien permettait d'évaluer différents thèmes : le type de plaintes sexuelles, la prise en charge médicale de ces troubles et enfin les freins auxquels les médecins peuvent être confrontés. Le recrutement a été effectué de façon aléatoire majoritairement mais aussi, par connaissance. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits et analysés.

Résultats

13 médecins généralistes, installés dans le Var, ont été interviewés entre avril et juin 2014. La plainte principalement rencontrée lors des consultations est la dysfonction érectile. On constate que la prise en charge médicale n'est pas toujours en accord avec les recommandations. L'examen des organes génitaux externes et le toucher rectal n'est pas fréquent. La biologie n'est pas demandée de façon systématique alors qu'elle le devrait. Différents freins ont été retrouvés pour la prise en charge des plaintes sexuelles et peuvent expliquer cette discordance. On retiendra les freins liés aux patients tels que la gêne, ceux liés aux médecins comme l'attente de la plainte et le manque de compétence et enfin les freins techniques comme le prix des traitements, le rôle néfaste d'internet, le manque de formation des médecins.

Conclusion

Cette enquête met en évidence la difficulté de prendre en charge les plaintes sexuelles des hommes de plus de cinquante ans. Le médecin généraliste est aujourd'hui l'interlocuteur principal des patients. Son rôle est primordial. Une bonne formation sur la sexualité et la communication permettra à ces derniers d'améliorer la prise en charge de ces troubles et surtout d'aborder plus facilement le thème de la sexualité avec leurs patients.

Mots clés : MEDECINE GENERALE, PLAINTES SEXUELLES, DYSFONCTION ERECTILE